# MÉMOIRES ORIGINAUX

1

## LES MEFAITS DE L'INCISION DE WILDE

DEUX OBSERVATIONS

(Service de M. le Professeur DUPLAY.)

PAR

#### A. CHIPAULT

at

#### A. DEMOULIN

\* En 1862, Wilde, dit M. le Professeur Duplay dans son récent Traité de Chirurgie, proposa, dans le cas où l'on hésite sur le développement d'une suppuration dans les cellules mastoïdiennes, de faire à un centimètre en arrière de la conque une incision longue et profonde allant jusqu'au périoste, et d'attendre vingt-quatre ou quarante-huit heures, puis, si les accidents persistent, de trépaner l'apophyse mastoïde. Cette pratique adoptée par la plupart des auristes, me paraît sans avantage et fait perdre un temps précieux. S'il y a réellement du pus dans les cellules mastoïdiennes, l'incision extérieure est sans action, et il est certain pour moi qu'elle a seulement réussi à calmer les accidents dans les cas où il ne s'agissait pas d'une inflammation des cellules, mais d'une simple périostite. »

L'incision de Wilde est donc rarement indiquée; et, dans la grande majorité des cas où on l'emploie, elle est peu rationnelle, ne s'adressant qu'à un symptôme de l'affection mastoïdienne, la douleur, au lieu de s'attaquer à cette affection elle-même : malheureusement on la pratique encore dans bien des cas où elle n'a rien à faire, parce qu'elle est facile et parce qu'elle est d'apparence peu dangereuse : nous ne croyons donc pas inu-

tile de montrer par des exemples que son innocuité est loin d'être constante, et qu'il n'est nullement indifférent de créer une plaie à côté d'une oreille qui suppure et dont les sécrétions, imbibant, malgré les précautions prises, le pansement qui recouvre cette plaie, finiront sans doute par l'infecter.

L'histoire des malades porteurs d'incisions de Wilde faites de côté ou d'autre, que nous avons examinés à la consultation d'otologie que M. le Professeur Duplay veut bien nous confier dans son service, est à cet égard des plus probante.

En effet, sur un total de 17 cas, nous en notons seulement quatre fois, où l'incision était, lorsque nous la vimes pour la première en voie suffisante de cicatrisation. Dans les autres treize elle était infectée. Cinq fois, l'infection était imputable à la collection sous-périostée que l'incision avait eu pour but d'ouvrir; mais, l'incision avait été faite neuf fois à travers des tissus non infectés, et c'est secondairement seulement, sans doute par les liquides septiques venus de la caisse et coulant par le conduit auditif, que la plaie s'était inoculée, au bout de huit à dix jours, ordinairement. Sept sur neuf de ces suppurations secondaires étaient légères; une avait provoqué un œdème inflammatoire considérable de la partie latérale du cou, œdème qui céda à une antisepsie soignée de la région; enfin deux avaient déterminé des fusées purulentes étendues et, par leur intermédiaire, les accidents les plus graves : une fois une paralysie faciale par englobement du nerf dans le foyer purulent au niveau du trou stylo-mastoïdien, une fois une nécrose de l'apophyse transverse de l'atlas : accidents qui nécessitèrent l'un et l'autre des interventions dont on conçoit l'importance singulière, eu égard au peu de gravité de l'affection otitique primitive.

Nous croyons utile de noter avec quelques détails ces deux observations.

Obs. I. — Otite moyenne grippale. Incision de Wilde. Fusées purulentes consécutives, avec compression du nerf facial au trou stylo-mastoïdien. — X., âgé de 38 ans, a eu en janvier 95 une otite moyenne grippale droite qui, traitée par des injections d'eau boriquée dans le conduit auditif externe, aboutit en

quelques jours à une perforation du tympan qui donna issue, à une suppuration abondante jusqu'à la fin de janvier. A cette époque, elle diminua brusquement et survinrent de vives douleurs spontanées au niveau de la région mastoïdienne. On



les traita par l'application d'une mouche de Milan, puis par une incision de Wilde, qui donna seulement issue à un peu de sang, et se cicatrisa en une dizaine de jours. Les souffrances qu'elle n'avait pas calmées, s'aggravèrent encore à ce moment: l'antipyrine, le sulfonal furent employés sans succès, et, au milieu de

février, une nouvelle incision fut jugée nécessaire; comme la première elle donna issue à du sang seulement sans pus: la mastoïde n'avait du reste pas présenté jusque-là la moindre trace d'inflammation. Mais l'incision faite s'infecta, et lorsque nous vîmes le malade pour la première fois (fig. 1 et 2), au commencement de mars, une large fusée purulente s'était faite, décollant la peau, et contournant en avant le sterno-mastoïdien pour gagner sa face profonde. Les souffrances au moindre mouvement du



Fig. 2

cou ou de la mâchoire étaient très vives, et il était survenu une paralysie faciale légère avec déviation de la bouche, aplatissement de l'aile du nez, larmoiement, abaissement du sourcil : en somme une paralysie portant sur toutes les branches du nerf naissantes au-dessous du trou stylo-mastoïdien. Les branches naissant dans la traversée mastoïdo-pétreuse n'étaient pas envahies : il n'y avait ni trouble de la gustation, ni déviation du

voile du palais, ni hyperacousie. Nous devions donc penser que la lésion du nerf se faisait très bas, à sa sortie de l'os, et c'est ce que nous montra l'intervention faite pour évacuer la collection purulente. Après longue incision, allant de l'incision de Wilde à la partie la plus inférieure du gonflement cervical, puis reclinaison en arrière du muscle sterno mastoïdien, nous vîmes que la fusée sous mastoïdienne remontait à la face antérieure de l'apophyse en refoulant en avant l'enveloppe fibreuse de la parotide, et arrivait jusqu'au niveau du trou stylo-mastoïdien où elle enveloppait le nerf qui baignait dans le pus. Sa cavité bien ouverte fut ruginée et drainée à la gaze iodoformée; elle est aujourd'hui, quinze jours après notre intervention, entièrement comblée. La paralysie faciale a de son côté très notablement diminuée. - Conjointement, bien entendu, à ce traitement chirurgical, l'oreille moyenne, qui suppure encore légèrement, est quotidiennement désinfectée.

OBS. II. - Otite moyenne gauche. Incision de Wilde. Fusées purulentes aboutissant à une nécrose de l'apophyse transverse de l'allas. Résection de cette apophyse. - A. B. vigoureux individu de 40 ans, commenca à souffrir, en septembre 1894, sans cause connue, de l'oreille gauche, qui quinze jours après devint le siège d'un écoulement abondant. En même temps survinrent de vives douleurs mastoïdiennes pour lesquelles on appliqua une mouche de Milan, puis on fit une incision de Wilde qui ne donna pas - je dois dire toutefois que le malade n'est pas constant à ce sujet dans ses affirmations - issue à du pus. Cette incision fut rapidement suivie d'un décollement étendu de la peau mastoïdienne qui nécessita une seconde incision : elle fut insuffisante pour arrêter l'évolution des accidents; au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, en décembre, toute la partie supéro-latérale gauche du cou était tendue, indurée, enflammée; trois fistules s'y ouvraient : par l'antéro-supérieure on arrivait sur la mastoïde dénudée, par la postéro-supérieure, sur l'occipital à nu jusqu'à la ligne médiane en arrière et presque jusqu'au trou vertébral en bas, par l'inférieure sur l'apophyse transverse de l'atlas que le doigt sentait très bien à travers la peau au-dessous de la pointe mastoïdienne. Ces trois fistules qui donnaient issue à une quantité considérable de pus communiquaient entre elles par de larges trajets sous cutanés (fig. 3). En outre, l'oreille moyenne, dont l'acuité auditive était réduite de près de deux tiers, était le siège d'une suppuration abondante qui se faisait jour par une large ouverture du tympan; les parois de la caisse n'étaient dénudées en aucun point. Dans le courant de janvier, une longue incision nous permit en réunissant les fistules d'ouvrir les trajets purulents et de constater que l'occipital et la mastoïde présentaient des lésions très superficielles, dont une rugination légère



pouvait avoir raison, mais que l'apophyse transverse de l'atlas était le siège d'une ostéite diffuse qui nécessitait sa résection : donc, après l'avoir bien dégagée des parties molles environnantes, nous fîmes à la pince emporte-pièce cette résection qu'il fut nécessaire d'étendre aux pédicules, jusqu'aux arcs de la vertèbre; je n'ai pas besoin de dire, que pendant ces manœuvres, les plus grandes précautions furent prises pour ne pas léser l'artère vertébrale. Nous eûmes la bonne fortune d'y réussir et de mener à bien, sans incident grave, une intervention complète et satisfaisante. Son résultat a été très favorable; les décollements se sont aujourd'hui presque complètement réunis; les fistules se sont fermées, on peut espérer qu'elle ne tardera pas à se tarir. Les divers mouvements du cou se font, dès à présent, avec la plus grande facilité et le malade, quoique porteur d'un léger pansement, a pu, sur sa demande, quitter l'hôpital.

Voici donc deux cas où l'incision de Wilde a servi de porte d'entrée à une infection dont les accidents ont été graves : névrite du facial dans un cas, ostéite de l'atlas dans autre. Nos malades, grâce à des interventions faites à temps, s'en sont tirés relativement à bon compte: il eut fallu bien peu pour qu'il en advint autrement. Ces faits, comme ceux moins graves rapportés plus haut par nous, nous semblent donc absolument condamner l'incision mastoïdienne superficielle qui n'a point pour but d'ouvrir un foyer local de suppuration : et lorsqu'un tel foyer existe, ce n'est point l'incision prudente préconisée par Wilde qu'il faut faire, mais une longue incision mettant à découvert les moindres diverticules de la collection : c'est une incision quelconque d'abcès et non une incision à siège précis, méritant d'être décrite dans la technique opératoire, sous un nom particulier.

# LE MASSAGE VIBRATOIRE EN RHINOLOGIE

REVUE CRITIQUE

Par le Dr Paul TISSIER

1

Dans ce travail nous nous efforcerons toujours de ne pas oublier le rôle du critique : exposer fidèlement les principales données de la question, mettre sous les yeux des lecteurs les résultats obtenus et laisser ceux-ci parler d'eux-mêmes. Telles sont les règles qui nous guideront jusqu'au bout.

Le massage a été depuis longtemps employé dans le traitement des affections des muqueuses, de la muqueuse nasale en particulier, mais il faut bien reconnattre que les rhinologistes massaient un peu comme M. Jourdain faisait de la prose. — Le mot ne faisant rien à la chose, ils n'en massaient pas moins.

Dans l'application locale de médicaments à l'aide du pinceau ou du stylet garni d'ouate, il entre en jeu une action mécanique dont on ne saurait nier l'importance.

Outre qu'elle assure le contact plus intime du médicament avec la muqueuse elle-même, cette action est un véritable massage, non réglé, qui suffit, surtout lorsqu'avec le pinceau ou le stylet garni on procède par frictions, à excercer une compression sur les vaisseaux, à exprimer en quelque sorte les liquides, à accélérer par suite la circulation locale, à favoriser le processus de résorption et à modifier avantageusement la nutrition locale.

L'idée d'appliquer systématiquement le massage aux affections de la muqueuse nasale est beaucoup plus récente. Au lieu de s'adresser au massage simple, on s'est servi du massage pratiqué suivant les principes appliqués d'abord en Suède.

Le massage dont les auteurs suédois ont montré le mieux dans ces dernières années les heureux effets a été largement perfectionné par eux et, aujourd'hui le massage vibratoire est appliqué d'une façon courante. C'est après avoir vu pratiquer par Arvid Kellgren le massage vibratoire externe que Braun eut l'idée d'appliquer le massage vibratoire au traitement des affections des muqueuses (¹).

C'est à Braun (1890) en effet, que nous devons cette nouvelle méthode qui a trouvé de zélés défenseurs: parmi ceux-ci citons von Cederschiæld, Herzfeld, Hoffinger, Masucci, Demme Lahmann, Felici, Lucae, et surtout Laker, M. Garnault et Freudenthal, etc.

#### H

Nous décrirons d'abord la technique de la méthode, question d'autant plus capitale que, de l'avis unanime de tous les protagonistes, tout dépend de la manière d'appliquer le massage.

Cela n'est d'ailleurs pas facile, et M. Garnault requiert les trois qualités suivantes pour arriver à la perfection : « celui « qui ne sera pas en même temps observateur, adroit de ses « mains et tenace ne réussira jamais à appliquer d'une façon « parfaite le massage vibratoire, » et plus loin, le même auteur ajoute : « Il ne faut pas espérer être maître de la méthode « avant un an à un an et demi, au minimum, d'excercices jour-« naliers ; et même, au bout de ce temps, il ne faut jamais rester un seul jour sans vibrer. »

<sup>(</sup>i) Comme l'indique le titre de cette revue, nous nous occuperons uniquement du massage vibratoire en rhinologie.

Il est bon de s'habituer au préalable à vibrer sur une table où l'on a placé un verre plein d'eau (Braun).

Enfin, suivant le conseil de Laker, l'étude graphique des vibrations avec l'enregistreur de Marey doit être le guide constant du masseur non seulement à ses débuts, mais encore dans tout le cours de sa carrière.

On se place dans la situation habituelle de l'examen rhinoscopique, c'est-à-dire devant son malade et, après avoir pris à l'avance une connaissance exacte de l'état du nez à l'aide du spéculum, on vibrera sans le secours de ce dernier, la vibration étant alors plus facile. On ne vibrera debout qu'à la fin des séances, lorsque la fatigue arrive.

Il est important, avant le massage, de nettoyer le plus complètement possible le nez, soit avec le stylet, soit avec une injection antiseptique: sublimé à 1°/0 (Braun). Les sondes employées par Braun pour la vibration de la muqueuse nasale sont en cuivre rouge. Laker a proposé des sondes en maillechort. Lucae, des sondes mi-partie en maillechort, mi-partie en étain.

Le cuivre rouge a l'avantage de présenter une rigidité et une élasticité variables, suivant le désir de l'opérateur.

Les sondes de divers calibres sont droites, mais, en raison de leur malléabilité, on peut leur donner les courbures nécessaires pour atteindre les différentes parties du nez. Elles ont environ 22 centimètres de long et une grosseur allant de 1<sup>mm</sup>, 3 à 2<sup>m</sup>, 4. Leur extrémité, destinée à être introduite dans le nez, est légèrement boutonnée et rugueuse. On la garnit d'ouate : celle-ci doit être serrée et avoir la consistance de la pulpe du doigt. L'extrémité destinée à être tenue dans la main (pour mieux se rendre compte de la façon dont on vibre il est préférable de ne pas se servir de manche) est dépolie.

Lorsqu'on s'est servi d'une sonde on la flambe pour brûler le coton; une fois refroidie, la sonde est passée à l'émeri et comme elle a perdu son élasticité et sa rectitude, on la redresse et on la durcit en la battant avec un maillet de bois, sur un bloc de chène.

La sonde est tenue, au niveau du treizième centimètre, à la façon d'une plume à écrire entre les trois premiers doigts légèrement repliés, sans être serrée. On exécute des vibrations soit axiales ou longitudinales, lorsque la surface à vibrer est perpendiculaire à l'axe de la sonde, soit transversales lorsque la surface à vibrer est parallèle ou oblique. Comment s'obtiennent les vibrations?

Dans la vibration axiale les muscles de l'épaule sont à l'état de tension pour maintenir le bras appuyé solidement; l'avant-bras est en demi-pronation, demi-fléchi, le poignet et les doigts doivent rester souples et inactifs. Leur seul rôle est de transmettre les vibrations engendrées dans le bras par la contraction active alternative des extenseurs et des fléchisseurs; les vibrations doivent être d'une régularité parfaite; comme moyenne il faut atteindre 200 à 300 (Braun), 350 à 400 (Garnault) vibrations par minute. Laker atteint des chiffres beaucoup plus élevés, 600 à 2000 par minute. La vibration est ici un tapotement.

Dans la vibration transversale le bras, le poignet, la main et les doigts restent inactifs, c'est la contraction alternative des muscles adducteurs et abducteurs de l'épaule qui entre en jeu.

Enfin, on peut arriver à combiner les deux vibrations et même y ajouter l'effleurage, c'est-à-dire animer la sonde de mouvements verticaux ou antéro-postérieurs plus amples.

Ceci posé, on ne procedera pas dans tous les cas de façon identique. Lorsque la sensibilité du nez est obtuse (ozène) le massage pourra être plus énergique, les vibrations seront

plus amples, et la séance sera plus prolongée.

Dans les cas où la sensibilité de la muqueuse est exaltée, on devra pratiquer des séances courtes et la vibration sera fine et très douce. On commence à vibrer avant d'entrer dans le nez. On porte rapidement l'extrémité de la sonde au point voulu et on vibre pendant quelques secondes suivant la susceptibilité du malade et on retire rapidement la sonde. Pour faciliter l'opération on imbibe au préalable la ouate d'une solution de cocaïne ou de pommade mentholée.

On reprend le massage sur un autre point en ayant soin de ne jamais forcer un passage rétréci.

On évite ainsi la douleur, les suintements sanguins et les complications plusieurs fois signalées (amygdalite lacunaire, etc.).

Avec tout ce qui est nécessaire sous la main on peut faire (Garnault) le massage complet du nez, du pharynx et du larynx en 10 à 15 minutes.

Cette technique, on le voit, est fort lente à apprendre et fort pénible à appliquer; aussi s'est-on ingénié à construire des instruments destinés à produire des vibrations. Ils ont tous cet inconvénient général de produire des chocs, des vibrations dures, bien différentes « des vibrations moelleuses et élasti-« ques, des ondes, que produit le jeu alternatif des muscles « antagonistes dans la vibration manuelle ».

Parmi ces instruments il faut citer ceux qui ne produisent que des vibrations axiales : instruments de Herzfeld (¹), de Lahmann, de Ewer (²) mû par le tour des dentistes, de Freudenthal (²) mû par l'électricité; ceux qui donnent à la fois des vibrations axiales et transversales : instrument de M. Garnault (⁴) actionné aussi par une source électrique.

Mais pour le nez en particulier les instruments ne permettent guère de graduer l'intensité, l'ampleur des vibrations, et ils ne remplacent que très imparfaitement une main exercée.

Le massage vibratoire peut donc être manuel ou mécanique; dans les deux cas il est simple (Freudenthal) ou médicamenteux, c'est-à-dire que l'on associe l'effet des médicaments à l'action physique : on a imbibé le tampon d'ouate de l'extrémité nasale des sondes de solutions ou de pommades diverses que nous aurons l'occasion de préciser plus tard.

<sup>(1)</sup> Herzfeld se sert de sondes terminées par une extrémité en caoutchouc mobile. La sonde est actionnée par le tour des dentistes. Herzfeld déclare avoir obtenu, avec cette façon d'appliquer le massage vibratoire, des résultats absolument satisfaisants.

<sup>(2)</sup> Avec l'appareil d'Ewer on peut arriver à une très grande rapidité de vibrations (plusieurs milliers par minute), rapidité qui serait le plus souvent inutile.

<sup>(3)</sup> L'instrument de Freudenthal est un trembleur électrique, pouvant donner jusqu'à 7000 vibrations.

<sup>(\*)</sup> L'appareil de M. Garnault se compose essentiellement d'une petite machine de Gram rensermée dans un étui de bois; une lame de platine est ensilée très excentriquement sur l'axe de la bobine; à chaque tour de celle-ci l'instrument tout entier et la main de l'opérateur sont entraînés successivement à droite, en arrière, à gauche et en avant; il se produit ainsi simultanément des vibrations axiales et transversales.

#### Ш

Les effets du massage proprement dit ont été étudiés depuis longtemps par les physiologistes; ceux du massage vibratoire n'en diffèrent pas essentiellement, celui-ci n'étant qu'un perfectionnement qui rend la méthode plus efficace et plus facile à supporter.

Les effets du massage vibratoire de la muqueuse nasale sont la diminution de la sensibilité, la stimulation des échanges grâce à l'action mécanique exercée sur la circulation sanguine et lymphatique, l'augmentation de la résistance, etc.

Enfin, ce qui n'est pas ici un fait négligeable, le massage vibratoire tel qu'il se pratique réalise une antisepsie absolue (Braun).

#### IV

Le massage vibratoire a surtout été employé contre l'ozène, mais en réalité a été essayé dans la plupart des affections du nez.

Coryza aigu.— Braun s'est guéri lui-même en deux séances pratiquées à quelques heures d'intervalle, d'un coryza aigu accompagné de fièvre et de céphalagie; une seule séance a suffi à guérir un de ses confrères.

La sonde sera tenue très délicatement et garnie à son extrémité nasale d'un très petit tampon d'ouate imbibé d'une solution de cocaïne à 1/20. Le massage, qui demande ici une délicatesse de main toute particulière, sera très rigoureux.

Comme moyens prophylactique le massage de la muqueuse du nez est aussi très efficace, même chez les sujets le plus prédisposés au coryza.

Fièvre des foins. — Le massage vibratoire seul (Freudenthal) ou associé à l'emploi de la cocaïne ou du menthol appliqué un peu avant l'époque du retour périodique du hay-fever,

prévient celui-ci. (Braun, Laker, Garnault); appliqué alors que l'affection est déclarée, il donne encore de bons résultats (Freudenthal).

Rhinite chronique avec rougeur et tuméfaction de la muqueuse et sécrétion purulente. — Freudenthal a employé le massage seul ; M. Garnault le massage avec une solution de sublimé à 1 %,00, puis avec le baume du Pérou, et il attribue une certaine part à la pénétration plus intime de ces médicaments dans toutes les parties de la muqueuse. Le dernier auteur considère l'électricité (courants induits : gros fil, interruptions fréquentes) comme un utile adjuvant.

Les séances de vibration auront lieu tous les jours puis tous les deux jours. Les résultats sont très rapides (six semaines, deux mois).

Rhinite chronique hypertrophique ou hypérémique. — L'effet du massage est ici encore très heureux et très rapide; il sera fait avec la solution de cocaïne à 10 % ou la pommade mentholée à 5-10 %.

Rhinite chronique hypertrophique (hyperplasique). — Laker, Garnault, Lucæ, Freudenthal, etc., ont obtenu, avec le massage vibratoire, la disparition de la gêne respiratoire, des migraines, de la prédisposition aux rhumes, etc.

L'application du massage sera, pour éviter toute réaction possible, très prudente : petit tampon, massage peu profond ; chaque vibration durera au plus une à deux secondes et on en fera huit à dix en moyenne de chaque côté du nez dans une même séance.

Lucæ donne aux sondes une courbure en forme de cathéter et plonge leur extrémité dans une pommade composée de lanoline, glycérine et tétraborate de soude.

Syphilis du nez. — Les vibrations au sublimé à 1 °/00 ou avec une pommade mercurielle, combinées au traitement général, guérissent vite les ulcérations de la muqueuse.

Polypes. — Le massage vibratoire de la muqueuse, après l'ablation des polypes, en modifiant sa structure, pourrait empecher la récidive dans beaucoup de cas (Garnault).

Nez bleu. — M. Garnault a guéri complètement deux malades en moins de six semaines. Troubles nerveux du nez. — (Hypérésthésie de la muqueuse, névropathies reflexes).

Les vibrations doivent être très fines et ténues, et faites avec un tampon très mince, imprégné de cocaïne à 10-20 %.

Braun a obtenu la guérison complète et définitive de 42 cas d'asthme d'origine nasale et de 78 cas de névralgie du trijumeau. Dans les deux affections, il fait la première application vibratoire sur la muqueuse nasale avec une sonde imbibée de cocaïne à 20 °/0, pendant l'attaque, et il ne consent à instituer un traitement régulier que lorsqu'il a vu se produire l'arrêt complet, ou tout au moins une sédation évidente des manifestations pathologiques à la suite de cette première application. Le massage vibratoire est donc ici, en même temps qu'une médication active, un excellent moyen de diagnostic.

De même, dans les migraines continues (?) et les céphalalgies persistantes, entraînant l'incapacité du travail, il sufût de quelques applications de massage vibratoire pour amener une sédation très durable. Les malades en arriveraient même, entièrement guéris, à ne plus pouvoir se passer du massage (Braun) : douce massagomanie, suivant le néologisme de M. Garnault, qui peut n'être pas sans avantage pour le médecin.

Ozène. — Braun, Laker, Demme, Felici, Garnault, etc., sont d'accord pour déclarer la guérison certaine quelle que soit la gravité et l'ancienneté de la lésion.

Braun a guéri 62 cas sans récidive sérieuse; Laker ne donne pas de chiffres; M. Garnault a guéri 9 cas: trois malades non guéris ne venaient que très irrégulièrement se faire soigner. Demme donne dix guérisons; ses autres malades, dont il n'indique pas le nombre, ont tous été améliorés. Freudenthal n'a pas traité d'ozèneux.

Demme emploie une pommade composée de pyoctanine à 20 pour 100 de lanoline. Il vibre tous les jours, quelquefois deux fois seulement par semaine. Les vibrations sont légères, courtes, régulières, rappelant l'effleurage: chaque séance dure une 1/2 minute de chaque côté du nez. Avant le massage, Braun nettoie le nez avec une injection d'eau phéniquée à 0, 5 %.

Les tampons doivent être assez gros et serrés pour bien nettoyer le nez ; ils seront imbibés, soit de glycérine iodée à 5-10 % Braun, soit d'alcool fort, absolu (Braun), soit de sublimé à 1 % on soit de baume du Pérou, soit de vaseline mentholée à 10 % (Braun).

Les vibrations seront fortes et relativement peu nombreuses; le massage portera sur toute la muqueuse, y compris l'aditus ad antrum et la fente olfactive. Il faut 7 à 8 sondes pour chaque fosse nasale. M. Garnault emploie concurremment l'électricité (courants continus ou induits de forte tension et à interruptions peu fréquentes).

Biquotidiennes au début, pendant un mois ou un mois et demi, les séances pourront n'être faites qu'une fois par jour lorsque l'amélioration sera bien établie. Plus tard, on ne les fera que tous les deux jours.

Il faut en moyenne 4 à 6 mois, quelquefois un peu plus, quelquefois moins (1 mois, cas très récent); Braun n'a jamais dépassé 250 séances. Au bout de quelques jours, l'odeur disparaît (pour reparaître au cours de traitement chez les femmes à l'époque des règles); les croûtes deviennent moins abondantes, la secrétion plus liquide; puis, de grise qu'elle était, la muqueuse reprend sa teinte rosée normale. L'amélioration ne se produit que rarement d'une façon très régulière (oscillations); la guérison ne peut être obtenue que si le traitement est suivi rigoureusement. Irrégulièrement appliqué, il ne donne que des insuccès.

La sécrétion et la formation de croûtes (en quantité insignifiante) persistent assez longtemps.

Seul, Demme a vu la muqueuse reprendre ses proportions normales et dans trois cas même, devenir exubérante. Notons que Chiari a vu le même résultat avec les méthodes anciennes de traitement.

L'anosmie qui accompagne presque toujours l'ozène est, le le plus souvent, heureusement modifiée (massage de la région supérieure du nez avec une sonde fine).

#### V

On a reproché au massage d'être douloureux ; fait par une main exercée et prudente, au besoin avec une solution de cocaïne, il est très bien supporté par les malades.

A la suite des séances, au début du traitement et parfois dans la suite, quelques malades souffrent de maux de tête qui peuvent être assez génants.

Il est assez fréquent, dans les premières vibrations, de déterminer un léger suintement sanguin; Demme, qui se déclare cependant dans son dernier mémoire très partisan du massage vibratoire, a observé des hémorrhagies abondantes et des extravasations sanguines sous-muqueuses.

Le même auteur a observé de l'angine lacunaire, des dépôts fibrineux sur les cornets, de la périostite des os propres et même la fracture des cornets.

Bien que très efficace, le massage employé par Demme ne devait être ni bien doux, ni réellement vibratoire.

Parmi les auteurs qui n'ont rien obtenu du massage vibratoire, il nous faut signaler Berthold et Kayser (clinique de Gottstein) dont nous reproduisons textuellement les paroles.

« Dans le traitement de l'ozène fut employé, dans une série de 15 cas, suivant les indications données par Laker, le massage de la muqueuse particulièrement recommandé par Braun et par Laker. Pour pouvoir porter un jugement en quelque sorte plus certain sur l'efficacité de cette méthode, Kayser choisit les cas dans lesquels la maladie était à peu près aussi développée d'un côté que de l'autre, ce qui n'est pas rare dans l'ozène. Il nettoya alors chaque jour les deux fosses nasales avec un soin égal, avec la pince et l'ouate et massa ensuite le côté droit, tandis qu'aucun traitement n'était appliqué du côté gauche. Il vit de la sorte que le massage ne produisait aucun effet thérapeutique favorable, même alors qu'il était continué pendant plusieurs semaines, jusqu'à trois mois. Le côté massé ne montrait en aucune façon, d'une façon durable, un aspect meilleur que le côté non massé. Aussi longtemps que les deux

côtés furent nettoyés avec soin, la formation de croûtes fut insignifiante dans la plupart des cas ; les malades une fois abandonnés à eux-mèmes, l'état antérieur se reproduisait rapidement.

« De meilleurs résultats furent, par contre, donnés par le massage dans la forme hypertrophique de la rhinite. »

Il nous reste à signaler la polémique assez vive qui s'est élevée entre Chiari d'une part, Braun et Laker d'autre part.

Chiari n'a pas obtenu de meilleurs résultats avec le massage vibratoire qu'avec les méthodes anciennes. Il agit comme un pinceautage (pinceau et stylet garni d'ouate) bien pratiqué: le nom de massage vibratoire est une étiquette et non une méthode nouvelle. Chiari a employé successivement, chez les mêmes malades, le massage vibratoire et le pinceautage, et il conclut, des résultats obtenus, qu'il s'agit de méthodes équivalentes agissant surtout par les médicaments employés.

Braun ni Laker n'ont pas prétendu que le massage fut tout : en dehors de son action mécanique qu'ils tendent à considérer comme prépondérante, ils font intervenir l'action du médicament dont le massage assure une pénétration plus intime et l'effet de l'antisepsie nasale réalisée par leur méthode,

#### VI

Bien que nous n'ayions pas une expérience suffisante pour exprimer, après cet exposé impartial, notre appréciation personnelle sur une méthode qui nous a donné de bons résultats(¹) avec une technique très imparfaite, nous croyons utile, cependant, et, dans l'esprit de cet article, de résumer l'impression générale que nous avons retirée de la lecture des auteurs qui se sont occupés de la question.

Les promoteurs et les protagonistes d'une idée ou d'une

ľ

<sup>(1)</sup> Voir PAUL TISSIER. — L'Ozène, son unité, ses lésions génératrices, son traitement, Annales de médecine, 1893-1894 (p. 74).

méthode sont toujours — c'est un fait de psychologie générale — enclins à des sentiments un peu absolus et d'où l'exagération est rarement bannie. A se faire l'avocat d'une cause, même excellente, on risque souvent son impartialité.

Il en est à ce point de vue de la question du massage vibratoire, comme de tous les procédés nouveaux, avec cette différence que ses partisans, au lieu de déplorer simplement la difficulté qu'oppose la force d'inertie à l'acceptation d'une idée neuve, sont doués d'un tel esprit de combativité, d'un tel besoin d'apostolat, que, dans la lutte, il leur arrive parfois d'aller trop loin.

C'est ainsi qu'à chacune de leurs pages, ils déclarent de nulle valeur et non avenus les travaux de ceux qui n'ont pas obtenu de résultats favorables et cela sous le prétexte, toujours le même, que ces auteurs ne possédaient que très imparfaitement la technique de la méthode, et que cette technique est tout.

Au professeur Chiari surtout, Braun et Laker ont adressé ce reproche; mais les opposants de moindre importance n'ont pas été davantage épargnés; il n'y a pas jusqu'aux partisans de la méthode (Demme), ayant enregistré, à côté des succès quelques accidents, qui ne reçoivent leur brevet d'incompétence: « en nous avouant, lui-même, qu'il a fracturé le cor« net, il (Demme) nous dispense de dire que les accidents « produits tiennent à sa manière d'appliquer le massage » (Garnault).

Comme conclusion de ces quelques réflexions terminales, disons qu'il nous semble aussi puéril de vouloir nier l'efficacité du massage que de chercher à la présenter comme une panacée. De nouvelles recherches impartiales et consciencieuses s'imposent, car vouloir ignorer une méthode qui nous promet, qui nous affirme la guérison de maladies contre lesquelles les anciennes méthodes échouent si souvent, ne serait ni un bon maintien, ni une bonne action.

La rude difficulté est l'apprentissage de la technique; nous ne faisons que signaler celle qui proviendrait de l'obligation pour le malade et pour le médecin de faire, pendant des semaines, une et même deux séances par jour.

Nous croyons, ou tout au moins nous voulons croire,

qu'on l'a exagérée et qu'il ne faut « ni être particulièrement doué, » ni avoir « une habileté naturelle, » ni exercer « pendant un an et même un an et demi, » pour arriver à exécuter correctement le massage. Sans cela, il y aurait dans chaque nation, quelques heureux prédestinés, qui, seuls massant bien, seuls pourraient guérir.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARVID KELLGREN. — Technique et traitement manuel suédois, Paris, 1895.

Braun, — Massage bezw. Vibration der Schleimhaut der Nase, des Nasenrachenraum und des Rachens, Congrès de Berlin 1890, et Archives internationales de laryngologie, octobre 1895.

V. CEDERSCHIALD. - Allgemeine med. Central Zeitung, no 88, 10 novembre 1890.

Herzfeld. - Deutsche medic. Zeitung, nº 89, 6 novembre 1890.

Hoffinger. — Allg. Wiener medicinische Zeitung, nos 48, 49, 50 et 2, 9, 16 décembre 1890.

DEMME. — Deutsche med. Wochenschrift, 12 novembre 1891 et 6 octobre 1892. Internat. Centralb. f. Laryngologie, nº 1, 1892, Wiener klin. Woch. nº 21, 1893.

LAKER. — Die Heilerfolge der innerem Schleimhaut-massage bei den chronischen Erkrankungen der Nase, des Rachens, des Ohres und des Kehlkopfs, Gratz 1892.

Masucci. — Rassegna crit. internaz. d. malattie del naso, gola e orecchi, mars 1892.

LAHMANN. — Allgemeine medic. central-Zeitung, 11 et 14 mai 1892. Felici. — Il sordomuto nº 1, 1892.

CHARL - Wiener klinische Wochenschrift, 8 septembre, 29 octobre 1892. Wiener medicinische Presse, n° 50, 1892.

Braun. - Wiener klinische Wochenschrift, 6 octobre 1892. Wiener medicin. Blätter, no 20, 1843.

E. Laker. — Wiener medicinische Presse, nos 47 et 48, novembre 1892. Ewers. Therap. Monatshefte, no 3, 1893.

GARNAULT. — Semaine médicale, nº 45, 6 septembre 1892; ibid. 28 janvier 1893, Clinique française nº 33, mai 1893; Société de médecine pratique, 20 avril 1893. Le massage vibratoire des muqueuses, sa technique, ses résultats, 157 pages, Paris 1894.

p

J

Luc.s. — Archiv. fur Ohreneilkunde, Buxxy, p. 147, 1893. Freudenthal. — New-York medical Record, 22 juillet 1893.

R. KAYSER. — Bericht über die 1891 und 1892, in der Prof. Gottstein'schen Privat-poliklinik für Hals. Nasen-und Ohren krankheiten behandelten Krankeitfälle. Monatschrift für Ohrenheilkunde, n. 2 et 3, 1894, v. page 15.

# DES PARALYSIES LARYNGÉES DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par le Dr. W. LUBLINSKI (de Berlin).

En lisant le mémoire très intéressant des D<sup>rs</sup> Boulay et Mendel (¹) sur ce sujet, où les auteurs mentionnent mes observations, l'idée m'est venue de compléter brièvement ces dernières qui n'ont pas été publiées in-extenso.

Je crois qu'il n'est pas rare de rencontrer cette complication de la dothiénentérie et je rapporterai encore quelques cas que

j'ai observés pendant ces dernières années.

A mon avis, un assez grand nombre d'accidents laryngés de la fièvre typhoïde sont dûs à une paralysie des cordes vocales. Du moins, je n'ai constaté plusieurs fois par l'examen laryngoscopique aucune autre altération du larynx que cette paralysie dont la symptomatologie n'a rien de spécial. Et, par contre, à l'autopsie on trouve toutes les lésions de la muqueuse et des cartilages; les ulcérations, l'œdème, la périchondrite. Toutes ces complications inflammatoires ou nécrosiques ont depuis longtemps attiré l'attention des cliniciens et ont été l'objet d'un très grand nombre de travaux. Aussi, n'est-il pas étonnant qu'on rapporte souvent les altérations laryngées typhoïdiques à ces lésions et qu'on soit fort surpris de ne pas les constater à l'autopsie si l'on a oublié de faire le diagnostic pendant la vie au moyen du laryngoscope.

Pour ce qui est de l'étiologie de cette paralysie laryngée, l'âge et le sexe du malade ne jouent qu'un rôle secondaire. J'ai observé un total de cinq cas, tous chez l'adulte; quatre

<sup>(1)</sup> Archives générales de médecine, décembre 1894.

fois chez l'homme. Cela correspond à ce fait que la dothiénentérie atteint son maximum de fréquence chez les hommes entre 16 et 40 ans.

La première apparition des troubles laryngés fut constatée dans quatre cas après la défervescence, et dans un cas en pleine période fébrile. Je ne crois pas qu'on puisse incriminer la fièvre typhoïde dans un cas où une paralysie fut constatée au bout de cinq mois (Massei).

La pathogénie des paralysies n'est pas toujours la même. Dans un cas de paralysie du récurrent droit il y avait une pleuropneumonie; alors l'affection s'expliquait d'elle-même par propagation de la lésion pleurale au récurrent (observation II). Peut-être une tuméfaction des ganglions cervicaux provoque-t-elle la paralysie (Weber). Mais, à mon avis, dans la plupart des cas il s'agit d'une lésion nerveuse. Je ne saurais expliquer autrement les cas où existent simultanément les paralysies du larynx et du voile du palais (observation III), à moins de supposer une lésion bulbaire. Ainsi, tout parle en faveur d'une névrite périphérique dans l'observation IV où j'ai remarqué l'existence d'une paraplégie légère.

Sous l'influence de la dothiénentérie j'ai vu se développer les formes suivantes de paralysies laryngées :

- 1) Paralysie des dilatateurs (un cas)
- 2) Paralysie d'un récurrent (trois cas)
- 3) Paralysie des deux récurrents (un cas).

La paralysie des dilatateurs est la plus fréquemment mentionnée dans la littérature. Boulay et Mendel la citent 6 fois sur 17 cas. Elle est la plus grave de ces lésions parce qu'elle gène la respiration et oblige presque toujours à pratiquer la trachéotomie.

Ordinairement, pendant la convalescence le malade est soudainement pris de difficulté à respirer. La dyspnée est inspiratoire, l'expiration est facile, la voix reste à peu près normale. Cet état devient rapidement inquiétant, la dyspnée augmente tellement qu'il faut faire la trachéotomie. Le miroir ne montre aucun signe d'inflammation, mais les cordes vocales rapprochées l'une de l'autre ne laissent entre elles, pendant l'inspiration, qu'un espace très étroit.

# DES PARALYSIES LARYNGÉES DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE 343

J'ai observé un cas de ce genre en 1889 et je revois encore de temps en temps la malade.

Mile L. R., âgée de 27 ans, fut atteinte d'une dothiénentérie légère en 1889. La maladie eut un cours normal, mais pendant la convalescence éclata un accès de dyspnée, sans aucune douleur dans la gorge. L'inspiration surtout était pénible, l'expiration restait facile, la voix claire. Un nouvel accès de suffocation devenant de plus en plus menaçant nécessita la trachéotomie. Immédiatement, tous les phénomènes dyspnéiques disparurent mais la malade dut conserver la canule. Lorsque je la vis l'examen laryngoscopique donna les résultats suivants:

L'aspect de la muqueuse laryngienne est normal et on n'y constate que des troubles de la motilité; car les cordes vocales sont très rapprochées et ne s'écartent pas pendant l'inspiration; dans l'expiration elles s'écartent un peu et laissent entre elles une fente très étroite. La canule étant fermée, la voix est basse mais pure. L'électrisation amena une légère amélioration; car la corde droite s'écarte actuellement quelque peu et la malade peut se passer de sa canule pendant quelques heures chaque jour.

J'ai vu trois cas de paralysies du récurrent.

Il s'agissait une fois d'une paralysie de l'abducteur droit' puis du récurrent dans sa totalité et deux fois d'une paralysie récurrentielle gauche.

M. W., âgé de 33 ans, fut atteint de la fièvre typhoïde à la fin d'octobre 1885. Environ deux mois après le début de la maladie, compliquée d'une pleusopneumonie droite, la voix commença à se voiler. Ce trouble augmenta progressivement et le malade devint de temps en temps un peu aphone. A l'instigation de mon ancien maître, le professeur Joseph Meyer, je l'examinai et constatai une paralysie de l'abducteur droit sans aucun signe d'inflammation; la muqueuse, surtout celle de la région inter-aryténoïdienne, était pâle et non altérée. Au bout d'une semaine la corde vocale était dans la position cadavérique; elle n'était plus rectiligne et présentait une courbure à concavité interne. L'électrisation n'amena la guérison que trois mois après, lorsque les troubles pulmonaires eurent entièrement disparu.

Les deux autres cas se ressemblent absolument quant à l'état du larynx.

M. Sch., âgé de 39 ans, est atteint de fièvre typhoïde légère à la fin de septembre 1890. Cinq semaines après le début de l'affection, lorsque le convalescent commençait à se lever, il s'aperçut que sa voix devenait rauque. En même temps il ressentit une légère gène respiratoire et étouffait en mangeant et surtout en buvant. Je constatai une immobilité absolue de la corde gauche en position cadavérique. Pas d'inflammation; la muqueuse est plutôt pâle; les cordes sont brillantes et blanches. Lors de la phonation la glotte ne se ferme pas; il y a une fente vocale parceque les cordes n'arrivent pas au contact. On observe simultanément une paralysie du voile du palais, surtout du côté gauche. Sous l'influence de courants électriques la paralysie disparut en cinq semaines. Guérison complète.

L'autre cas ne diffère que par l'addition d'une paralysie légère des membres inférieurs.

Il s'agit d'un homme de 36 ans qui, ayant eu la fièvre typhoïde en 1893, commença à étouffer en mangeant et devint aphone un mois plus tard. Je constatai le même état des voies aériennes supérieures que dans le cas précédant. En outre, il existait une paraplégie légère des membres inférieurs avec perte des réflexes tendineux sans anesthésie. Guérison totale par l'électrisation en deux mois.

Quant à la paralysie récurrentielle bilatérale, j'ai vu un cas qui la rappelait absolument.

En septembre 1885 j'examinais, sur les conseils du professeur Joseph Meyer, un jeune homme de 27 ans atteint d'une fièvre typhoïde très grave. Le vingt quatrième jour le malade perdit subitement la voix. Ce fut le motif de mon examen, qui donna les résultats suivants:

L'aspect de la muqueuse du larynx est normal et on n'y constate que des troubles de la motilité. Les deux cordes vocales sont en position cadavérique; pendant les efforts de phonation elles n'arrivent pas au contact; la fente vocale au niveau des

## DES PARALYSIES LARYNGÉES DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE 345

aryténoïdes mesure à peu près un centimètre et demi. Les deux cartilages ne se meuvent pas; il y a donc une immobilité absolue des deux cordes vocales. La voix est éteinte, la respiration libre, mais il y existe un gaspillage phonique de l'air expiré (Ziemssen) jointe à l'impossibilité de tousser ou d'expectorer vigoureusement.

Le malade n'avait pas perdu connaissance, mais il était affaibli par la fièvre. Je le vis seulement une fois; trois jours après il mourut. L'autopsie ne fut pas pratiquée.

Néanmoins je crois qu'on peut classer ce cas dans la catégorie des paralysies récurrentielles bilatérales, parce qu'il répond à tous les signes de cette affection.

Si je rapporte mes observations et les rares cas qui ont été publiés jusqu'à présent, on m'accordera que nos connaissances sur cette affection sont fort peu étendues. Il est même impossible d'évaluer la fréquence de cette complication de la dothiénentérie, si les malades ne sont pas examinés au laryngoscope dans le cours de la maladie et pendant la convalescence. La plupart des accidents laryngés seront alors attribués à des lésions typhiques parce qu'en général on n'emploie le miroir que lorsque les accidents laryngés deviennent menaçants. Mais cela conduit à des erreurs; car le miroir seul permet de distinguer les diverses complications au cours et à la suite de la fièvre typhoïde; aussi on peut exiger à bon droit son application dans tous les cas.

# DES STÉNOSES REBELLES DE LA PORTION CARTILAGINEUSE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE ET DE LEUR TRAITEMENT

Par le Dr C. CORRADI, spécialiste à l'hôpital de Vérone.

On peut diviser les sténoses limitées à la portion cartilagineuse du conduit auditif externe, ou, pour mieux dire, aux parties molles de ce conduit, en deux catégories: l'une qui comprend celles à marche aiguë, ayant un caractère inflammatoire prononcé, cédant facilement et même spontanément, lorsque les causes d'irritation sont écartées, l'autre comprenant les formes stationnaires, en relation avec l'hypertrophie du derme ou des processus de cicatrisation.

Les sténoses ne compromettent guère d'elles-mêmes la fonction auditive, de sorte qu'à ce point de vue notre intervention n'est jamais réclamée. Leur importance devient bien différente lorsqu'elles empêchent l'écoulement de produits excrémentitiels, par conséquent, surtout lorsqu'elles sont accompagnées d'une otite moyenne suppurative. En ce cas, l'intervention du chirurgien est absolument nécessaire.

Or, en ce qui concerne les formes stationnaires, auxquelles nous entendons nous borner dans cette note, quoique les moyens pour les combattre soient en grand nombre, il faut pourtant avouer que, bien souvent, lorsque l'hypertrophie est considérable, par aucun moyen on n'obtient l'effet désiré, surtout dans les dilatations par les bourdonnets de coton ou de charpie, par les petits cylindres de laminaire avec incisions préalables ou non des parois (1), ou dilatation par les canules, (2) etc.

Le fait est que, dans ces cas, nous avons une surabondance de tissu complètement organisé, renfermé en grande partie

<sup>(1)</sup> GRUBER. - Lehrbuch der Ohrenheilk. Zweite Aufl. S. 349.

<sup>(2)</sup> POLITZER. - Lehrbuch der Ohrenheilk. Dritte Aufl. S. 179.

dans une cavité osseuse, c'est-à-dire dans une cavité ayant des parois inextensibles, ne se prêtant nullement, dans beaucoup de cas, à céder et encore moins à des procédés mécaniques innoffensifs, tels que ceux qui peuvent être pratiqués dans cette région. Nous devons aussi remarquer que, dans ces formes hypertrophiques, la dilatation, surtout si elle est longtemps pratiquée, peut être suivie d'une inflammation mécanique, produisant une augmentation réflexe de la sténose (¹).

Puisque la sténose est due à une augmentation de tissu organisé, qui par conséquent plus difficilement s'atrophie, et puisque ce tissu est, du moins en partie, environné de parois inextensibles, c'est-à-dire qu'il est impossible de le dilater, ce n'est que par sa réduction chirurgicale que nous pourrons raisonnablement nous attendre à une guérison durable. C'est pourquoi, surtout dans les cas urgents, par exemple quand la sténose accompagne une otile moyenne suppurée, dont les produits doivent être expulsés, nous sommes d'avis qu'il ne faut pas recourir trop longtemps aux procédés de dilatation ordinaires, de sorte que s'ils n'agissent pas promptement il faut immédiatement employer des moyens plus efficaces. Dans l'observation suivante nous avons eu recours à l'excision circulaire :

Louis P., âgé de 44 ans, au mois de juillet 1894 tenta de se suicider en se tirant un coup de revolver dans l'oreille droite. La balle pénétra dans la paroi postérieure du conduit auditif externe, d'où l'on put facilement l'extraire; alors on constata aussi une perforation de la membrane tympanique. Ce ne fut qu'un mois après que nous vimes le malade pour la première fois; il s'était adressé à nous en se plaignant de douleurs, d'écoulement de l'oreille droite et parfois de vertiges. Il existait déjà une sténose modérée. Nous entreprîmes pour cette dernière des tentatives de dilatation ordinaires, mais en vain; d'ailleurs, le malade était fort négligent pour l'application du traitement. Ainsi le conduit auditif se retrécissait de plus en plus de sorte qu'à la fin on n'avait pas même pu y introduire la tête d'une petite épingle.

<sup>(1)</sup> POLITZER. - Loc. citat.

Cependant, l'oreille moyenne suppurait abondamment, ce qui aggravait l'état du malade, qui, de temps à autre, était pris d'atroces douleurs, dont on ne pouvait le soulager que par des irrigations tièdes à la Millingen. Ces irrigations provoquaient de violents vertiges, ce qui prouvait l'extrême difficulté que rencontrait le liquide pour se frayer un chemin au dehors; les irrigations elles-mêmes devinrent inefficaces et les douleurs continuelles.

C'est pour cela qu'après avoir anesthésié le malade, nous procédâmes à l'excision circulaire. En même temps nous ouvrîmes l'antre, qui était le siège d'une grande douleur et que nous trouvâmes rempli de sang avec quelques granulations. Cela fait, nous introduisimes dans le conduit auditif externe un drain de calibre assez considérable, que nous pûmes aisément faire pénétrer jusque dans la caisse. Les douleurs cessèrent aussitôt et, au bout de trois jours, le malade put quitter le lit. Dans la suite nous abandonnâmes le drainage et continuâmes le traitement avec des petits cylindres de laminaire. Maintenant le conduit auditif externe présente des dimensions presque normales.

Mais c'est surtout sur l'hypertrophie des parois que nous voudrions attirer particulièrement l'attention, car elle peut se développer dans tous les sens, non sculement en largeur, mais aussi en longueur. Alors le conduit auditif externe devient trop long pour les limites qui lui sont assignées, et en partie, il doit presque rentrer en lui-même, comme une longue-vue, lorsqu'elle est fermée. Il va sans dire que dans ce cas l'excision circulaire elle-même ne serait guère utile. Par conséquent, si notre intervention était vraiment nécessatre, l'opération auquel il faudrait en général avoir recours cette fois devrait viser à diminuer moins l'épaisseur que la longueur.

On réclinera donc le pavillon en avant, on détachera avec soin le conduit auditif externe et on en extirpera un petit morceau avec des ciseaux du côté de son insertion à la partie osseuse. Puis, on remettra tout en place, on fera une suture et on tamponnera le conduit auditif externe avec de la gaze iodoformée, que l'on tâchera d'introduire profondément; il s'agit là, comme on le sait, de suppurations de la caisse du tympan avec destruction plus ou moins complète de la membrane, de sorte qu'on pourra pousser le tampon jusque dans la caisse.

Après, il faudra surveiller attentivement le malade, car des symptòmes menaçants de rétention pourraient tout à coup surgir. C'est donc là une opération qui, partant de principes différents, doit être recommandée dans certaines atrésies cicatricielles (¹). Nous disons partant de principes différents, car les conditions sont très diverses dans l'espèce de sténose dont nous nous occupons ici, ou, pour mieux dire, la nécessité de cette opération ne semble évidente que lorsqu'on pense au véritable mécanisme de la sténose dans les circonstances particulières que nous venons de citer. Voici un cas de ce genre :

Marie R., âgée de 46 ans, a toujours eu les oreilles saines et, en général, elle a toujours joui d'une bonne santé. Il y a un an elle fut atteinte d'un érysipèle facial, qui s'étendit largement aux oreilles. Depuis lors il est survenu otorrée gauche, et, de temps à autre, sans cause connue, l'érysipèle réapparaît si fréquemment que, jusqu'au moment de notre première visite, au mois de juillet, il s'était montré au moins une quinzaine de fois. De plus, il s'est produit au côté droit de la face une tuméfaction permanente des parties molles, ayant un aspect et une consistance un peu flasque et presque œdémateuse, qui se propage aussi aux paupières et au pavillon du côté correspondant.

A l'examen otoscopique on remarque une turgescence considérable des parties molles dans toute l'étendue du conduit, qui devient ainsi très étroit. Cependant, la sténose est relativement bien plus forte dans la partie qui pénètre dans la portion osseuse, où le calibre du conduit est réduit aux dimensions d'un fil mince; de là les parois adossées les unes aux autres font une saillie sensible dans la partie externe du conduit, où elles sont partiellement contenues. Si on retire le spéculum on assiste naturellement à une exagération de cette disposition des parties, la sténose s'accentue et les portions les plus externes du conduit, ne se trouvant plus sous l'action de cet instrument, s'adossent encore plus aux parties internes, de sorte que ces dernières semblent rentrer en celles-là, en nous rappelant, ainsi que nous l'avons dit, ce qui arrive lorsqu'on ferme une longue-vue. -- Il n'existe pas de douleurs et la couleur des parties n'est pas sensiblement altérée; du fond émerge du pus en petite quantité.

Dans les urines on trouve de l'albumine, des cylindres granuleux et quelques globules rouges, fait auquel nous ne pouvons toutefois, du moins pour le moment, donner trop d'importance.

Il était facile de penser que l'otorrhée et surtout la décomposition facile de la sécrétion, par suite de la difficulté que rencontrait son écoulement, ne pouvaient être étrangères à la reproduction de l'érysipèle, si toutefois elles n'en étaient pas la seule cause, et pour cela nous essayames de dilater le conduit auditif externe, mais tous nos efforts n'aboutirent à rien. Nous pensions donc a une opération, qui dans le cas particulier, ne pouvait se limiter à une simple excision circulaire, lorsque la malade désormais lasse voulut retourner dans son pays.

Nous ne la revîmes que deux mois après ; pendant ce laps de temps l'érysipèle s'était reproduit deux fois ; l'oreille deme: rait dans le même état. — Nous procédâmes aussitôt à l'anesthésic cloroformique et nous détachâmes le pavillon et la portion cartilagineuse du conduit auditif externe, dont nous excisâmes la partie moyenne sur une étendue d'un demi-centimètre environ ; en même temps, nous raclâmes la caisse, qui contenait des granulations en assez grande quantité. Après avoir remis les parties en place nous tamponnâmes le conduit auditif externe avec de la gaze iodoformée, qui ensuite fut remplacée par un petit drain. — Maintenant, le conduit présente des dimensions suffisantes, de sorte qu'on voit aisément dans la caisse du tympan; l'érysipèle, depuis plus de deux mois, n'a plus reparu; toutefois l'écoulement persiste.

### CONCLUSIONS

On doit intervenir dans les sténoses graves du conduit auditif externe accompagnées d'hypertrophie considérable des tissus mous, ce qui, ordinairement, rendra indispensable, indépendamment du reste, une opération. Si la partie sténosée n'est pas trop étendue, on pratiquera une simple excision circulaire, que Ladreit de Lacharrière a déjà indiquée (²); si, au contraire, la sténose envahissait une plus grande étendue et surtout la portion externe, il faudrait détacher le conduit pour pouvoir en exciser les parties les plus profondes.

<sup>(1)</sup> Handbuch der Ohrenheilk. herausgegeben von H. Schwartze, Bd. II, S. 722, 1893.

<sup>(\*)</sup> Annales des maladies de l'oreille, IV. Page 142.

# LE TORTICOLIS AB AURE LÆSA (1)

## Par le D' GELLÉ

1º La physiologie étudie le rôle synergique des muscles de la rotation de la tête et du cou dans l'audition et dans l'orientation; l'apophyse mastoïde est l'extrémité mobile du levier de la rotation; de là des rapports fonctionnels étroits et des conséquences pathogéniques dont le torticolis est la manifestation possible dans les lésions otiques et mastoïdiennes.

2º L'anatomie pathologique et l'expérimentation sur les animaux permettent de constater une relation étiologique précise entre les déviations par contracture de la tête et du cou, et les suppurations de la bulle chez les animaux (cinq autopsies personnelles), et de l'oreille moyenne et de l'oreille interne de l'homme. Les lésions des méninges et de l'encéphale consécutives se montrent aussi dans ces autopsies de carie et de suppuration de l'oreille et du rocher, où le torticolis a été observé. De plus, depuis les expériences de Bochefontaine, de Duret, on sait que les lésions de la dure-mère provoquent des mouvements spasmodiques des yeux et de la tête. Ferrier a trouvé le centre commun de ces mouvements associés. Toynbee, et plus récemment Tillaux (thèse de Gervais) ont noté ces déviations au cours d'affections otiques. Ces synergies expliquent et facilitent les relations pathologiques d'où naît le torticolis, et donnent à celui-ci sa valeur symptomatique.

3º La clinique à son tour, observe les déviations de la tête.

<sup>(</sup>i) Nous ne donnons que les conclusions du long travail que M. Gellé a lu au Congrès de médecine interne de Lyon en septembre 1894.

352 GELLÉ

le torticolis simple ou la contracture du sterno-mastoïdien, soit la raideur latérale ou totale de la nuque, etc., dans des affections otiques diverses, simples ou graves et compliquées; et la valeur de ce symptôme en otologie, au point de vue séméiologique comme au point de vue du pronostic, est sérieuse. Nous essayons de la dégager dans les propositions suivantes, appuyées de faits cliniques tant personnels que bibliographiques, que nous supprimons ici faute de place.

4° La déviation fixe de la colonne cervicale liée aux lésions articulaires ou osseuses coïncide souvent avec la suppuration de l'orcille et avec la surdité, uni ou bilatérale, mais ces cas sont en dehors de notre thèse limitée au torticolis musculaire.

5° Le torticolis est unilatéral, antérieur; ou il y a raideur de la nuque. Cette attitude dernière est bien connue dans la méningite où elle semble être assez constante; son apparition au cours d'une fièvre grave, d'une surélévation de température, fait redouter la complication méningitique, mais doit faire explorer les oreilles, qui en sont fréquemment l'origine; parfois, une incision tympanique apaise ces graves symptòmes, s'il y a une otite suraiguë. Le torticolis musculaire est un accident réflexe, que j'ai toujours vu céder sous le chloroforme chez les animaux.

6° D'autres fois le torticolis unilatéral apparaît au cours d'une otite aiguë de l'oreille moyenne avec invasion de l'apophyse mastoïde; il annonce cette extension aux cellules mastoïdiennes et leur suppuration, au moment d'une recrudescence de la fièvre et des douleurs; Radsach (New-York) a voulu en faire un signe absolu d'abcès mastoïdien.

to

d

p

CC

d

7º Ailleurs le torticolis, dans le même cas, est en rapport avec une fusée purulente profonde, issue d'une cellule mastoïdienne inférieure et interne, décollant le périoste de la base du crâne; ou, compliqué de dysphagie, il indique un abcès retro-pharyngé, ou bien encore il résulte de ce que le pus a pénétré dans la gaine du sterno-mastoïdien. Parfois, et c'est une source d'erreurs dans l'appréciation de la gravité du fait, la contracture de ce muscle est attribuable à l'engorgement douloureux des ganglions du cou, ou à un abcès ganglionnaire secondaire; et l'oreille tantôt en est la

source, tantôt est restée saine, et doit être respectée. Enfin, circonstance plus grave, elle peut cacher une thrombose de la veine jugulaire, consécutive à celle du sinus latéral; et aux yeux éclairés décèle ainsi les plus fâcheuses complications de l'otite suppurative, au milieu d'un appareil symptomatique complexe et d'une gravité souvent méconnue. La raideur de la nuque vient plus tard annoncer, avec le coma, la fin prochaine, et l'envahissement de l'encéphale. C'est un tableau trop fréquent à la suite des otites suppuratives infectieuses, dans l'évolution desquelles le médecin n'a rien yu, ni prévu.

8º Dans ces affections suraiguës, le rôle de l'otite dans la genèse des complications mastoïdiennes, méningées, etc., et d'une contracture du sterno-mastoïdien simultanée se reconnaît sans effort. Le rapport est saisissable aussitôt, et le pronoslic s'impose: la pathogénie est claire, et le diagnostic facile. Un de mes malades avait eu, au cours de son abcès mastordien dont la cicatrice déprimée était visible, un torticolis qui dura plus de deux mois. Il n'en est pas toujours de même, surtout dans les vieilles otorrhées, et moins encore dans le réveil des ostéo-périostites, caries auriculaires et périauriculaires du rocher, séchées, oubliées souvent chez les enfants, et même chez l'adulte. La gravité du symptôme échappe, car le torticolis unilatéral antérieur, d'aspect banal, peut être le premier symptôme du retour de l'infection, le seul signe prémonitoire d'une complication cérébrale menacante. Ce fait est remarquable; le clinicien doit s'y arrêter. Dans mon observation nº 1, le torticolis est apparu isolé quinze jours avant les accidents épileptiformes. Le trait d'union entre le torticolis et ces accidents convulsifs et comateux, était une affection suppurative oubliée chronique de l'oreille et des cellules mastoïdiennes profondes. Les observations 2 et 3 sont analogues. Dans toutes, au point de vue de l'allure, le torticolis ressemblait au torticolis classique, dit rhumatismal (arthrite cervicale). Dans le nº 1, on ne comprit l'évolution du mal qu'après l'inspection de l'oreille; j'ajoute qu'on ne guérit la petite malade qu'en agissant sur l'oreille, c'est-à-dire sur le foyer infectieux. Pour le nº 2, convalescente de fièvre typhoïde, le médecin avait déjà soigné l'otorrhée; elle guérit aussi de sa complication méningée. Une pachyméningite ancienne constitue sans doute la prédisposition aux troubles cérébraux que, si brusquement, la nouvelle poussée inflammatoire fait nattre: il faut alors chercher l'otorrhée. Cette conclusion s'impose donc: « malgré son allure simple, tout torticolis doit conduire à examiner l'oreille ». En effet c'est là qu'on trouve l'explication pathogénique des accidents comateux, de la contracture et des convulsions.

9° Dans le torticolis simple, j'ai vu l'exploration de l'oreille du côté de la déviation, et l'abaissement de l'acuité auditive faire découvrir une otite catarrhale ou autre concomitante, restée sans autre manifestation appréciable, sans autre expression symptomatique jusque-là (cas légers méconnus).

n

ľ

0

d

b

ré

q

et

or

la

di

sic

pé

pé

10° Le torticolis a été observé en effet avec certaines formes sabaiguës d'otites dont la terminaison par une surdité persistante, et bilatérale parfois, a montré trop bien la gravité, malgré cette bénignité trompeuse d'une déviation de la face, que j'ai vue successivement droite, puis gauche, à un an de distance.

11º L'examen de l'oreille est aussi logiquement recommandé dans toute déviation de la tête et du cou, bien qu'il y ait absence de tout signe actuel de souffrance auriculaire, du reste facilement confondue avec celle de la contracture du sterno-mastoïdien; à plus forte raison, s'il y a du vertige, des bourdonnements ou de la surdité, ou de l'otalgie, et surtout s'il existe une vieille otorrhée, ou encore une angine récente.

12° Les cautérisations, les traumatismes, les inflammations du pharynx, peuvent causer le torticolis unilatéral ou la raideur du cou; et une attitude de la tête penchée passagère; le pharynx et les oreilles sont bien rapprochés (cas de Roch, de Vergely).

13° Dans les otites scléreuses, dans le vertige de Ménière, et dans les tintouins chroniques, dans les excitations labyrinthiques névrosiques, on observe fréquemment la raideur des masses musculaires de la nuque, les douleurs dans les mouvements étendus de la tête, des craquements dans le cou, et quelquefois des ports particuliers de la tête, sans contracture véritable cependant: réflexe labyrinthique, que les pressions centripètes et Politzer aussi provoquent en cer-

tains cas (hyperesthésie). Une de mes malades, frappée subitement de surdité, il y un an, de vertiges avec torticolis latéral antérieur, resta sourde et la tête déviée.

14° Chez l'enfant en bas âge, au sein, même en l'absence de suppuration otique, les plaintes, les cris de douleurs poussés par crises, quand on le remue, quand on le couche, qu'on le lève, soit qu'on le berce, et dès que la tête n'est pas posée d'aplomb, doivent faire soupçonner la raideur douloureuse des muscles qui meuvent la tête, et porter à examiner aussitôt l'audition et les oreilles : cet examen exige l'inclinaison de la tête et provoque des cris. Dans le cas où l'otorrhée est connue, de l'apparition de ces crises de plaintes, on pourra, en temps utile, conjecturer un réveil, une extension du mal; et elles annonceront les complications méningées bien avant les convulsions épileptiformes, le délire et le coma. S'il y a de la dysphagie, on prévoira la possibilité d'un abcès rétropharyngien ab aure læsa consécutif; la raideur de la nuque indique aussi l'exploration des oreilles.

15° Les observations montrent la coïncidence de la surdité et du torticolis spasmodique, ou tie; j'ai deux faits de cet ordre, où l'étiologie otitique n'est pas douteuse. J'ai fourni déjà plusieurs cas de tics de la face d'origine auriculaire.

16° Dans certaines lésions (néoplasmes) du cervelet et de la moelle allongée, je signalerai, en terminant, que la surdité et la contracture des muscles rotateurs de la tête ont été simultanément observées sans lésion appréciable de l'organe périphérique; tumeurs du corps restiforme, du cervelet, des pédoncules, etc. (3 faits in cahier de la Salpêtrière).

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

I

q

te

CC

te

ac

n'

re

qu

po

dia

les

mé

la

lon

la

Les

Vry

fest

im

du

l'ao

trai

Compte-rendu par le D' EDM. MEYER.

### Séance du 7 décembre 1894.

1º Musehold. Tumeur tuberculeuse du larynx. — L'orateur présente un malade âgé de 72 ans, qui, enroué depuis trois ans, est aphone depuis 18 mois. Lorsqu'il y a trois mois apparurent des troubles de la respiration il vint se faire traiter. Tout l'intérieur du larynx était obstrué par une volumineuse tumeur tuberculeuse qui ne laissait libre qu'un petit pertuis à la partie postérieure gauche du vestibule. En même temps, le ventricule droit se gonflait en forme de bulle à chaque violent effort de phonation, tandis qu'une phonation ordinaire ne modifiait pas sa forme normale. M. a excisé la tumeur en plusieurs séances sans que le gonflement vésiculaire du ventricule se modifiàt.

B. FRANKEL, rapporte un cas de myxôme important de la corde vocale au cours duquel il a observé le même phénomène.

2° TREITEL. **Esophagoscope**. — T. montre un œsophagoscope à tige unique qui s'allonge au moyen d'une spirale. L'introduction se fait en tenant l'instrument fermé.

3° B. Frankel. Enchondrôme de la lame du cartilage thyroide.— Présentation d'un enchondrôme qui, diagnostiqué, avait nécessité l'extirpation hémilatérale du larynx.

4º Grabower. Sur les centres d'innervation des muscles du larynx situés dans le bulbe. — A la suite de l'opinion s'il a démontré expérimentalement que c'est le vague et non le spinal qui est le nerf moteur du larynx, G. a entrepris de préciser le lieu, l'étendue, les relations opposées des noyaux du spinal et du vague et de leurs racines, sur environ 4.500 coupes en séries de la région de trois nerfs du cou. Il a obtenu les résultats sui-

vants: a) le noyau du spinal n'a son siège que dans la corne antérieure de la moelle épinière, en partie dans la partie médiane, en partie dans la portion dorsale; b) les racines du spinal qui ont deux trajets différents, partent de la périphérie, traversent la substance blanche, se replient dans la substance grise et arrivent soit directement, soit par des circuits au centre; c) le noyau du spinal s'arrête à peu près au milieu de l'entre-croisement des pyramides; d) au devant de lui on voit un grand nombre de noyaux disposés irrégulièrement, qui plus haut, se réunissent pour former le centre de l'hypoglosse. Le spinal est donc un nerf spinal pur. G. a aussi trouvé des ganglions dans le spinal. Si ce fait était constant, il prouverait encore davantage la nature purement spinale de ce nerf.

Le noyau moteur du vague ne commence que longtemps après que le centre et les racines du spinal ont disparu, de sorte qu'il faut écarter tout rapport entre eux. Les centres sensible et moteur du vague sont toujours reliés d'une manière constante par des fibres médullaires. G. considère le centre moteur du vague comme le centre de l'innervation des muscles laryngés et proteste contre l'appellation souvent employée de « centre vagoaccessoire » car cette réunion du noyau du vague et de l'accessoire n'existe pas anatomiquement.

La communication est accompagnée de démonstration d'une grande quantité de coupes microscopiques dont une partie est reproduite dans l'Archiv. für Laryng., vol. II, fasc. 2.

5º SCHADEWALDT. Tumeur du médiastin. - S. revient sur un cas qu'il a décrit précédemment comme un anévrysme accompagné de paralysie récurrentielle, et qui, à l'autopsie, a été reconnu pour une tumeur du médiastin, et à cette occasion, il parle du diagnostic différentiel entre l'anévrysme et la tumeur. D'habitude, les paralysies récurrentielles se développent au cours de tumeurs médiastinales; sous les yeux de l'observateur, il se manifeste de la raucité, qui disparaît, et ce n'est qu'au bout d'un temps plus long que se manifeste la parésie des récurrents. Dans l'anévrysme, la paralysie de la corde vocale est souvent le premier symptôme. Les hémorrhagies sont l'indice de la terminaison dans les anévrysmes, tandis que dans les tumeurs, les hémoptysies se manifestent assez fréquemment au début. S. attache une grande importance à ces divergences au point de vue du diagnostic et du traitement. Comme d'après son expérience, l'anévrysme de l'aorte est le plus souvent d'origine syphilitique, il conseille le traitement spécifique.

# Séance du 18 janvier 1895.

Frankel commémore en termes chaleureux les mérites de Gottstein qui vient de mourir.

Grabower annonce que Thorner, d'Edimbourg, est arrivé aux mêmes résultats que lui au point de vue des relations du centre ambigu avec l'innervation du larynx.

1º P. HEYMANN. Papillôme de la cloison. — H. présente un cas de grosse tumeur de la cloison qu'il regarde comme du papillôme.

2° C. Gerhardt. Exploration externe du larynx et de la trachée.— On peut souvent par cette exploration se rendre compte des modifications survenues à l'intérieur du larynx, même sans examen laryngoscopique.

Si, en cas de dyspnée, le larynx est peu mobile, l'obstacle réside dans la trachée; s'il exécute des mouvements appréciables, il existe une sténose du larynx. Dans le croup laryngé, le cou se renverse en arrière, dans la sténose laryngée, le menton se rapproche de la poitrine. Le bruit expiratoire se manifeste dans les inspirations trachéales au cours des sténoses laryngées. G. ne regarde pas l'oscillation de la trachée comme le symptôme caractéristique d'un anévrysme ; dans un cas d'anévrysme de l'aorte ascendante, G. a observé une interruption marquée du son au cours de la phonation d'une voyelle longue. Si l'on appuie simultanément les doigts des deux côtés entre les cartilages cricoïde et thyroïde, on percoit l'action du crico-thyroïdien, si l'action est localisée à un côté, il s'est produit une paralysie, dont le siège périphérique ou central peut être déterminé par l'examen électrique. Si l'on pose ses doigts plus haut sur le cartilage thyroïde, on percoit les mouvements des cordes vocales, on peut aussi diagnostiquer des ulcérations et des tumeurs de cette façon.

En comprimant le cartilage thyroïde on peut améliorer la voix; la compression agit surtout dans les paralysies hystériques; si en pressant sur le thorax on peut, par une phonation passive, faire émettre le son « ah » ! ou âh ! il s'agit vraisemblablement d'une paralysie bilatérale des adducteurs. On peut aussi à l'aide du doigt posé en arrière du rebord supérieur du cartilage thyroïde percevoir les mouvements anormaux d'une corde vocale.

A la fin, G. décrit un cas de sarcôme de la jambe et des poumons droit et gauche et de la plèvre qui en se relevant provoquait du vertige. Lors de l'expiration, on voit au laryngoscope des mouvements d'adduction et de tremblement des cordes vocales, que l'on percevait aussi extérieurement. L'autopsie révéla un sarcôme métastatique de l'os frontal qui comprimait les circonvolutions frontales.

TREITEL rapporte un cas de goître accompagné de paralysie récurrentielle, où la compression amena le retour de la voix.

FLATAU dit que souvent, sans laryngoscope, en relevant le larynx par une forte dépression de la langue on peut voir l'entrée du larynx.

B. Frankel a remarqué qu'au cours des paralysies récurrentielles, les vibrations des cordes vocales ne sont souvent pas plus faibles du côté de la corde paralysée que du côté de la corde saine.

# Séance du 25 février 4895.

1º LANDGRAF. Sur l'ædème aigu circonscrit. - Se basant sur deux observations personnelles, L. parle de l'affection que Lemcke a le premier décrite. En peu de temps, dix minutes environ, il se produit une tuméfaction de la peau de 2 à 10 centimètres de diamètre. Cette dernière ne provoque pas de contractions, mais seulement une sensation de tension. Le gonflement des parties dure de 2 à 12 heures. Le visage est le plus fréquemment atteint, le larynx est touché dans 5 cas sur 70. L'endroit qui a souffert une fois est facilement atteint dans la suite. La saison n'a pas d'influence de même que l'âge, l'état et le sexe. Le plus souvent la voix est un peu raugue; dans certains cas il existait de la stupeur, de la somnolence, des coliques, des vomissements. L'urine est souvent en petite quantité, et il y a une tendance aux hémorragies cutanées et à l'hémoglobinurie. En général on manque de base pour l'étiologie de cette affection, on doit considérer qu'il existe une prédisposition, mais l'hérédité joue un rôle indéniable, car Mosler a observé cette affection chez cinq générations d'une même famille. Chez les prédisposés, l'alcoolisme, les infirmités corporelles, les excitations psychiques, les traumatismes, l'influence du froid ou l'hypnotisme peuvent provoquer l'accès. Le diagnostic est facile quand on assiste à la crise. Le pronostic n'est pas mortel d'ordinaire, dans un seul cas le malade succomba à un œdème laryngien. Il subsiste fréquemment une atonie des parties cutanées autrefois atteintes. Le traitement est presque sans effet, un cas a guéri par la quinine; pour l'œdème laryngien on doit naturellement pratiquer des scarifications. Les opinions diffèrent notablement au sujet de l'étiologie de l'affection; d'après certains auteurs, il s'agit d'une angionévrose, suivant d'autres de modifications de l'hématose. Il existe certainement des rapports avec l'urticaire, mais suivant L. ces deux affections ne sont pas identiques.

Dans la discussion, Rosenberg, Alexander, Scheinmann citent des cas d'œdème du larynx d'origine inconnue; Schadewaldt rapporte une observation où l'arthrite a été reconnue comme cause de l'œdème du larynx.

Au cours de la discussion sur la communication de Schadewaldt au sujet du diagnostic différentiel entre l'anévrysme et la tumeur, Rosenberg fait remarquer que la paralysie récurrentielle est initiale dans l'anévrysme, tandis qu'elle se développe graduellement dans les tumeurs médiastinales. Au début on pourrait croire dans l'anévrysme d'après une observation de Grossmann et une autre personnelle, à une excitation récurrentielle ressemblant à du spasme laryngé.

# 62° CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

## SECTION DE LARYNGOLOGIE ET D'OTOLOGIE

Tenue à Bristol en juillet et août 1894 (1).

Discussion sur le pronostic de l'otite moyenne chronique non suppurative avec membrane imperforée. — Georges P. Field. examine la question dans tous ses détails et arrive aux conclusions suivantes : 4° le pronostic du catarrhe chronique de l'oreille moyenne est favorable chez les enfants et les adultes jeunes, lorsque la cause première du mal est une obstruction locale, curable du naso-pharynx, une obstruction catarrhale

<sup>(1)</sup> D'après le British med. journ. 1894, pp. 1157, 1353, 1475.

passagère de la trompe, ou quelque autre cause temporaire : l'insufflation et les autres épreuves montreront s'il ne s'est pas déjà produit d'altérations secondaires capables de géner les fonctions de la membrane et des osselets; 2º si, l'otite ayant n'importe quelle cause et quelle durée, le pouvoir auditif n'est que partiellement récupéré par l'insufflation, il faut en conclure que des altérations organiques se sont produites et que le mal progressera en dépit de tous les traitements. Suivant Roosa 20 %, des adultes seraient améliorés, mais non guéris; 3º le pronestic est très défavorable lorsque l'ouïe n'est pas améliorée du tout par le cathétérisme de la trompe, la dilatation de la trompe, l'enlèvement des sécrétions, les injections intra-tympaniques de dissolvants; 4º enfin le pronostic est franchement mauvais, quant à l'avenir de l'ouïe, lorsqu'il s'agit de sclérose primitive; les épreuves qui révèlent une lésion du labyrinthe condamnent absolument l'ouïe.

TROMAS BARR considère, au point de vue du pronostic, diverses formes d'otites: la forme exsudative avec tuméfaction et hypersécrétion de la muqueuse, la forme non exsudative, avec altérations interstitielles et néoformation de tissu conjonctif dans la muqueuse, les formes mixtes et enfin celle où il y a des troubles du côté du labyrinthe; l'auteur examine les différents éléments du pronostic dans ces formes; il n'y a d'ailleurs rien de particulier à noter. Une remarque intéressante a été faite plusieurs fois : c'est l'influence très fâcheuse qu'exerce sur une otite en évolution l'infection syphilitique; l'otite s'aggrave rapidement et à l'otite scléreuse lentement progressive se joint l'otite interne.

DUNDAS GRANT attire l'attention sur la fréquence beaucoup plus grande du catarrhe de la caisse du tympan chez les jeunes filles, par rapport aux jeunes garçons. L'auteur a souvent noté l'insensibilité de la surface interne du tympan, la pénétration de l'air n'étant pas perçue, c'est d'un pronostic fâcheux, en indiquant peut-être que le catarrhe chronique sec du tympan pourrait être une trophonévrose.

LENNOX BROWNE. La première indication dans le traitement de l'otite moyenne c'est la création d'une narine largement perméable, en enlevant au besoin des parties osseuses; on évitera ainsi le cathétérisme et les insufflations indéfiniment prolongés. Il ne faut pas oublier, au point de vue des conclusions pronostiques que l'on veut en tirer, que l'insufflation peut diminuer l'ouie passagèrement.

Des soins à donner à l'oreille dans le cours des fièvres éruptives. - WALKER DOWNIE (de Glasgow). - Sur 600 otites observées chez des enfants de 7 semaines à 12 ans, l'auteur a compté 501 cas d'otites moyennes; la rougeole avait causé 131 otites, la scarlatine 63, la coqueluche 15; ainsi 2/5 des cas avaient pris leur origine dans le cours d'une fièvre éruptive : ce chiffre ne donne qu'une faible idée de la fréquence des otites dans ces conditions, car il ne comprend ni les cas aigus à terminaison fatale, ni les cas aigus rapidement guéris. Le décubitus nécessité par la maladie favorise l'accumulation des sécrétions nasales dans l'arrière cavité, sur les méats des trompes ; il est de toute nécessité de faire moucher les enfants énergiquement et souvent, et mieux encore de pratiquer l'insufflation d'air à l'aide de l'appareil de Politzer; une quantité extraordinaire de mucus est ainsi chassée dans la cavité buccale. Dans les rares cas où le Politzer causerait une rupture du tympan, cette complication n'aurait aucune importance, la fente étroite se cicatrise faci-Iement. Quant à l'otite constituée, la myringotomie pratiquée à temps est le seul traitement logique et efficace.

Une appréciation plus exacte de l'épreuve de Rinne : la différence aéro-osseuse. - Dundas Grant (Londres). - L'épreuve de Rinne étant positive, il faut encore considérer la durée de la différence, durée variable d'ailleurs normalement suivant le diapason; cette différence normale est de 25" pour le diapason Gardiner Browne par exemple, et l'épreuve de Rinne sera dite positive même dans les cas où le son ne sera percu au devant du méat que pendant 5" ou 10" après son extinction sur l'apophyse mastoïde; pourtant cette diminution de la différence indiquera un certain obstacle à la transmission aérienne, partant une lésion de l'oreille moyenne associée à celle de l'oreille interne si le patient est sourd. De même, l'épreuve de Rinne étant négative, il faut encore voir si la conductibilité osseuse, tout en étant supérieure à la conductibilité aérienne, n'est pas elle même diminuée. L'épreuve de Weber mettra en garde contre l'erreur qui consiste à attribuer au nerf du côté malade ta conduction osseuse qui se fait vers le côté opposé et se transmet au nerf du côté sain. Enfin, la conductibilité osseuse est fort diminuée chez le vieillard sans que cela implique un état morbide de l'oreille interne. L'épreuve de Rinne, déjà d'une si grande valeur, gagnera encore en importance si l'on tient compte de ces particularités.

Etude clinique de la surdi-mutité. - James Kern Love (Glas-

gow). - Les sourds-muets, considérés encore trop souvent comme des êtres inférieurs, anormaux, incurables, sont dans un grand nombre de cas des malades simplement; l'oreille interne peut être absente, mais ce n'est pas la règle et lorsqu'on se donne la peine d'examiner les oreilles des enfants élevés dans les institutions spéciales on trouve de tout : des otites internes, des otites moyennes, des corps étrangers de l'oreille, des maladies du pharynx nasal, l'ouïe n'est pas toujours complètement absente et, à côté de l'éducation spéciale, avant cette éducation même il faut soigner les maladies curables de l'oreille ; l'intelligence des sourds-muets n'est pas au-dessous de celle des autres enfants et il n'y a pas plus d'idiots parmi eux. Le nombre des sourds-muets diminuerait si les maladies de l'oreille rentraient davantage dans le domaine des connaissances médicales générales, au lieu d'être abandonnées complètement aux spécialistes.

Les observations du D' Love sont confirmées et sa manière de voir est chaleureusement approuvée par les autres membres de la section d'otologie. Dundas Grant rappelle les travaux remarquables d'Urbantschitsch. Harsant (de Bristol), en examinant 45 sourds-muets, en a trouvé 3 qui entendaient et pouvaient répéter des mots, 7 qui entendaient et répétaient des voyelles. Mc Keneiz (d'Edimbourg), a également constaté qu'un grand nombre de sourds-muets possédaient un certain pouvoir auditif.

Excision du marteau comme opération préliminaire à l'ouverture de l'antre en cas de suppuration de l'attique et de l'antre. — Thomas Barr (Glasgow). — Cette opération a été exécutée chez six malades, atteints d'otites suppurées depuis 7 à 23 ans, otites absolument rebelles aux traitements ordinaires; les malades ont été tous améliorés, la possibilité de mieux laver l'attique a supprimé la fétidité du pus, mais la guérison n'a été obtenue dans aucun cas; deux fois l'opération de Stacke a suivi l'excision du marteau et la guérison de l'écoulement a été ainsi obtenue.

De l'excision des osselets dans l'otite moyenne suppurée chronique. — W. Milligan. — Cette opération donne de très bons résultats lorsqu'elle s'adresse à des cas bien définis, la carie des osselets avec lésions nulles ou du moins peu accentuées de la muqueuse du tympan; il faut chercher avec le plus grand soin l'enclume, qui est l'os le plus souvent atteint. L'extirpation des osselets est insuffisante dans les cas d'otite moyenne générale, il faut avoir recours à l'opération de Stacke, qui seule permet un drainage parfait.

Paralysies laryngées dans les affections nerveuses chroniques — W. Paralysiques dénéraux. — L'auteur a examiné 34 paralytiques généraux.

1. La voix était parfois très aiguë et monotone, d'autres fois normale. 2. La sensibilité du pharynx et du larynx normale au début était notablement diminuée dans presque tous les cas à la deuxième période de la maladie. 3. Le voile du palais a été trouvé légèrement parétique dans deux cas. 4. Des paralysies du larynx ont été observées 7 fois, parésie des abducteurs, abduction plus ou moins incomplète d'une seule corde vocale ou des deux.

Méthode utile pour l'examen du larynx et les opérations intralaryngées chez les enfants très jeunes, nerveux ou intraitables. — Scanes Spices. — L'auteur conseille l'emploi simultané de la cocaïne, pulvérisée dans le pharynx et le larynx (solution à 40 %) et du chloroforme de manière à amener un sommeil peu profond. Un aide donne le chloroforme, un deuxième aide tient l'enfant assis dans l'attitude habituelle aux examens laryngés, un troisième tient la tête, un quatrième se saisit de l'ouvrebouche, un cinquième enfin tire la langue au dehors à l'aide d'une pince; l'auteur a pu ainsi opérer dans de bonnes conditions.

Tumeur variqueuse des cornets. — WYATT WINGRAVE. — Il s'agit de l'hypertrophie très commune du cornet inférieur, constituée par une sorte de tumeur caverneuse et vasculaire, développée au dépens de la muqueuse et causant de la sténose nasale chronique, avec parosmie, épistaxis, parésie du voile du palais, etc. Les traitements palliatifs sont peu fidèles; quant au traitement opératoire, l'auteur conseille l'ablation à l'aide de l'anneau tranchant de Spencer Watson; 200 cas de turbinotomie n'ont été suivis d'aucun accident.

Du coryza caséeux. — Mc Bride. — L'auteur apporte trois observations de cette affection si rare, décrite par Duplay et Follin. Dans ces cas il a trouvé une narine remplie, distendue par une masse considérable, caséeuse, fétide, qui ressemble au premier abord à une tumeur maligne; elle a pu chaque fois être enlevée par morceaux; le traitement antiseptique de la cavité la rend à son état normal.

Discussion sur le diagnostic et le traitement de l'empyème des sinus accessoires du nez. -- Charbets J. Symonds. -- Des suppurations chroniques des sinus ethmoïdaux, l'auteur apporte six observations, dont deux terminées par la mort due à l'extension de la suppuration au cerveau; les difficultés du diagnostic sont d'autant plus grandes que la suppuration des cellules ethmoïdales se complique de celle du sinus frontal, lequel est peut-être rarement seul atteint. L'auteur pense que les efforts doivent porter sur la régularisation de l'opération qui consiste à atteindre les cellules ethmoïdales par l'orbite, car il est impossible d'agir avec certitude à cette profondeur dans les fosses nasales; on arrive à la longue à l'aide de curettages, de tamponnements, de lavage, à diminuer et même à tarir la suppuration, souvent on échoue complètement.

GREVILLE MAC DONALD insiste également sur la difficulté du diagnostic : lorsque l'on constate l'existence de polypes et d'une suppuration dans le méat moven on diagnostique une affection de l'antre d'Highmore, tandis que les cellules ethmoïdales peuvent être en cause et le sinus frontal plus souvent que l'on ne l'admet généralement; la première condition du traitement consiste à établir un écoulement facile, en enlevant tous les polypes, en détruisant au besoin une partie du cornet moyen. Pour laver convenablement les cavités malades, il est bon de pratiquer les irrigations la tête renversée en arrière, pendante. On peut alors remplir complètement le nez et atteindre son sommet, ce qui n'est pas fait dans l'attitude ordinaire; dans un cas ce lavage spécial a pu arrêter une suppuration vieille de quinze ans au moins. Cette attitude, gardée pendant 15 à 20 minutes, cause toujours un certain mal de tête; dans un cas la température s'est immédiatement élevée de plusieurs degrés et la douleur névralgique a été fort vive; aussi ne faut-il point abandonner ce traitement au patient ; l'auteur insiste beaucoup sur les bons effets de cette méthode. Quant aux interventions chirurgicales, il pense que leur effet curatif très incertain n'en compense pas les dangers.

Scanes Spicer traite l'empyème chronique de l'antre d'Highmore par une double ouverture : l'une au niveau de la fosse canine et allant jusqu'au plancher de l'antre, l'autre dans la paroi du méat moyen ; la première est exécutée à l'aide d'un ciseau, la seconde au moyen du trocart de Krause. Par l'ouverture buccale on doit pouvoir introduire le doigt dans l'antre. Après un tamponnement serré que l'on laisse 24 heures, on fait de fréquents lavages passant à travers les deux orifices, on engage de plus le patient à souffler souvent, de l'air à travers

l'antre le traitement est ainsi considérablement abrégé et le port d'une canule est supprimé.

W. Hill cite trois cas traités par ce procédé de l'ouverture double.

Grant, contrairement aux autres orateurs, accorde une valeur diagnostique considérable à la transillumination, car, dans bien des cas, la transparence absolue de l'antre d'Highmore a fait rejeter une trépanation que l'on croyait absolument indiquée par les autres symptômes. Il emploie volontiers le trocart fin de Lichtwitz pour la ponction exploratrice de l'antre par la paroi du méat inférieur; lorsqu'il n'y a pas de dent cariée, on a tort d'en arracher une bonne et la voie nasale s'impose; on pourrait faciliter les lavages en enlevant la portion antérieure du cornet inférieur. Quant aux cellules ethmoidales, il pense que leur suppuration peut être reconnue assez souvent lorsqu'on voit couler le pus entre la cloison et le cornet moyen; on peut alors introduire la canule de Lichtwitz dans l'orifice naturel des cellules et pratiquer ainsi des lavages suffisants.

F. RICHARDSON CROSS conseille, pour l'empyème du sinus frontal, l'intervention chirurgicale précoce; il ne faut pas hésiter à inciser la paupière supérieure, et, s'il le faut, la paupière inférieure et le tendon, asin de donner issue au pus et à agrandir la voie naturelle de l'infundibulum dans les fosses nasales; il est rare que le mal guérisse sans intervention chirurgicale; il y a bien des améliorations, mais elles sont suivies de nouveaux accidents de rétention et de douleurs, et les autres sinus peuvent être atteints à leur tour.

W. MILLIGAN constate l'infidélité des résultats de la transillumination; il a souvent recours à la ponction exploratrice par la paroi nasale pour le diagnostic de la suppuration de l'antre; la ponction est faite sans spéculum en un point élevé, entre les cornets inférieur et moyen, le lavage est alors pratiqué la tête penchée en avant. Quant à l'ouverture du sinus maxillaire, il la pratique autant que possible à travers l'alvéole d'une dent cariée.

Examen critique des moyens de traitement de la sténose laryngée aigué. — La laryngite diphtérique est seule considérée dans ce mémoire; deux moyens de traitement ont fait leurs preuves: les fumigations de calomel et le tubage; d'après Mc Naughton et Maddern il y aurait eu, sur 275 cas de croups vrais, 48,7 % de guérisons par les fumigations mercurielles; la dose moyenne est de 0,75 centigrammes de calomel vaporisé toutes les deux heures sous une sorte de tente qui recouvre le lit; mais on est allé, dans les cas graves, jusqu'à des doses de 1, 2, 3 grammes avec des intervilles de une demi-heure seulement; il n'y a pas de ptyalisme, m is on voit souvent la diarrhée, de la prostration, de l'anémie: ces accidents ne doivent pas contr'indiquer le traitement par les fumigations, vu la gravité du mal qu'il réussit à vaincre. Lorsque le traitement par les fumigations est inefficace, on a recours au tubage, dont l'auteur décrit minutieusement les divers temps, ainsi que les accident possibles. La manière de faire ne diffère point d'ailleurs de celle qui est adoptée dans les hôpitaux des enfants à Paris.

Du tubage dans le traitement de la sténose laryngée chronique.-O'DWYER (New-York). - L'auteur complète tout d'abord une observation ancienne des plus instructives; il s'agit d'une femme de 40 ans atteinte de sténose syphilitique grave en 1885, sur le point d'être trachéotomisée, Cette opération fut remplacée par le tubage ; l'auteur ne put passer au début que le plus petit tube d'enfant, et cela avec grande peine ; puis, graduellement, le larynx admit des tubes d'adultes (construits pour la première fois) volumineux; neuf tubes, gardés en tout 173 heures avec des jours de repos, suffirent à la dilatation complète. Mais, au bout de deux mois, la malade revint avec des accidents aussi menacants, combattus de la même facon; cette fois, la respiration normale une fois retrouvée, le tubage fut néanmoins pratiqué de temps en temps, tous les huit jours, toutes les six semaines plus tard; et 21 mois après le début du traitement, l'auteur dit, au neuvième congrès international, que ce traitement devrait probablement être continué durant toute la vie. Cependant, trois ans après le début, le tissu cicatriciel avait définitivement perdu sa rétractilité et depuis cinq ans il n'y a plus eu aucun retour à la sténose.

Dans un autre cas, il s'agit d'une femme de 35 ans, atteinte de paralysie complète de la glotte, d'origine syphilitique, trachéotomisée in extremis; entre la glotte et la plaie trachéale il s'était fait ultérieurement une oblitération complète de la trachée. Ge dernier obstacle fut détruit après agrandissement de la plaie trachéale; ensuite, on excisa une partie de chaque corde vocale et la cicatrisation de la plaie fut dirigée par le tubage continu; la malade, se trouvant fort bien, négligea de revenir et garda un même tube huit mois. On eut une peine énorme à l'extraire et à le libérer du tissu hypertrophique qui l'emprisonnait; ces tissus rétrocédèrent graduellement, Il est à noter que,

dans ce cas de paralysie glottique, de nouveaux examens laryngoscopiques montrèrent toujours la mobilité parfaite des cartilages aryténoïdes dans les essais de phonation, les cordes vocales ayant pourtant complètement disparu.

Tubage en cas de rétention de la canule trachéale. - C'est-àdire dans les cas où l'opéré ne peut pas apprendre à se passer de sa canule. Après la guérison du croup, le tubage est un moyen sûr et rapide pour supprimer la canule trachéale; il en est ainsi dans d'autres circonstances lorsque le larynx est redevenu perméable et qu'il n'y a, pour ainsi dire, qu'une habitude morbide, le tubage pratiqué, durant quelques jours, ramène les fonctions normales du larynx, fait disparaître l'ankylose des articulations laryngées, la tuméfaction de la muqueuse due à l'inaction de l'organe. A la longue, les muscles du larynx immobile s'atrophient; si les phonateurs fonctionnent encore, comme cela est fréquent chez les porteurs de canules, les dilatateurs ne sont pas utilisés, ils s'atrophient en partie et permettent ainsi l'adduction de plus en plus complète des cordes vocales; il y a des cas où l'on a cru ainsi se trouver en présence d'une paralysie primitive, incurable des abducteurs, tandis que le tubage et la restitution de la respiration laryngée sont les seuls moyens rationnels et efficaces. Une forme plus grave de rétrécissement non plus fonctionnel, mais organique du larynx, peut résulter du port prolongé d'une canule trachéale, il est dû à la production de tissus inflammatoires et rétractiles, partis de la plaie trachéale et envahissant le larynx d'autant plus facilement que la trachéotomie a été pratiquée plus haut. Il faut des mois de tubage pour faire reprendre au larynx son calibre normal. Il ne faut permettre à la plaie trachéale de se fermer que lorsque la dilatation du larynx permet déjà une respiration suffisante; chez l'adulte, il est parfois utile de maintenir à la fois la canule trachéale et le tube laryngé, lorsque le calibre de ce dernier est encore trop faible.

W. F. Brook (Swansea Hospital). — Le tubage doit être préféré à la trachéotomie, comme le cathétérisme est préférable à la ponction de la vessie, toutes les fois que la chose est possible; la grande majorité des sténoses aiguës comme des sténoses chroniques sont justiciables du tubage. Dans quinze autopsies de sujets tubés, l'auteur n'a jamais rencontré de lésions sérieuses dues à la pression du tube, il n'a vu que de légères érosions à l'extrémité inférieure du tube, au niveau du renslement et au bord gauche de l'épiglotte, lorsque le cordon avait été laissé fixé

au tube. Comme les autres membres du Congrès, cet auteur constate que les cas de guérisons sont beaucoup plus fréquents après le tubage qu'après la trachéotomie, ce qui est peut-être dû en grande partie à ce que le tubage est plus facilement accepté par l'entourage de l'enfant et pratiqué à un moment où les forces du malade ne sont pas épuisées par la dyspnée.

#### BIBLIOGRAPHIE

Des malformations de la cloison du nez, par M. SARREMONE. (Thèse de doctorat, Paris, juillet 1894.)

Après une étude minutieuse de l'anatomie et du développement de la cloison des fosses nasales, nécessaire pour jeter un peu de clarté sur cette question qui menace de demeurer éternellement obscure, l'auteur consacre une bonne partie de son travail à l'étiologie et à la pathogénie des malformations de la cloison. Celles-ci ont, suivant lui, souvent pour causes plusieurs facteurs combinés : en premier lieu il faut invoquer un trouble de développement, consistant essentiellement en ce que, les parties latérales du cadre des fosses nasales grandissant moins vite que la cloison, celle-ci est obligée de s'infléchir verticalement ou horizontalement pour s'adapter au peu d'espace qui lui reste. Les traumatismes viennent ensuite : ce sont des causes adjuvantes qui ne se rencontrent que dans certains cas particuliers.

Contrairement aux auteurs classiques, S. admet que les déviations de la cloison se développent aussi bien à droite qu'à gauche; aucune raison embryogénique n'explique d'ailleurs pourquoi elles seraient plus fréquentes d'un côté que de l'autre.

Toutes les déviations commenceront à se montrer entre 7 et 14 ans : elles augmentent plus tard par périchondrite et par épaississement de la muqueuse ; et ces processus secondaires tardifs peuvent amener le malade à ne consulter qu'à l'âge adulte pour une malformation dont il est porteur depuis de longues années.

Ces malformations peuvent être rangées en deux grandes classes: les déviations; les crêtes et les épines.

1º Il y a déviation quand les deux lames constituant la cloison sont toutes deux incurvées dans le même sens et parallèlement l'une à l'autre. Ces déviations sont horizontales ou verticales. Les déviations horizontales sont supérieures ou inférieures ; celles-ci, sises au point d'union du système cartilagineux et osseux, gênent beaucoup la respiration ; souvent ces deux types se rencontrent sur une même cloison, constituant la déviation sigmoïde. Les déviations verticales sont le plus souvent antérieures.

2º Il y a crête quand une seule des deux lames de la cloison est déviée et que toutes deux sont déviées en sens inverse. Ces crêtes, unilatérales ou bilatérales, se trouvent en général au niveau des articulations des pièces de la cloison.

Les épines sont des crêtes limitées à une portion très restreinte de la cloison. Elles sont situées sur la partie antérieure de la cloison; elles sont cartilagineuses.

En abordant la deuxième partie de sa thèse, qui a trait au traitement, S. pose la règle suivante:

Doivent seulement être opérées: 1º les déviations de la cloison produisant une déformation extérieure dont le patient demande à être débarassé: 2º les déviations et épines qui gênent d'une façon notable le passage de l'air: 3º les lésions déterminant des phénomènes réflexes. Reste encore, dit-il, toute une série de cas, sans symptômes bien déterminés « où le chirurgien est seul juge de l'opportunité de l'intervention; » or, nous voyons le chirurgien si souvent porté à condamner et exécuter, sans autre forme de procès, de petites crêtes en réalité bien peu coupables, que nous aurions préféré que l'auteur accordât un peu moins de latitude à son initiative opératoire.

L'intervention doit être autant que possible simplifiée. S. rejette l'emploi des redresseurs et compresseurs de Destanche, de Jurasz, qui ne donnent que des résultats momentanés; il est également peu partisan des résections sous-périostées de Krieg, de Cholewa, d'Hajek, tous ces procédés ayant le tort d'être difficiles à pratiquer. Il se contente de réséquer en bloc la partie saillante de la cloison et de rétablir ainsi la perméabilité de la fosse nasale, sans s'inquiéter de la perforation possible de la cloison qui, d'ailleurs, ne présente aucun inconvénient.

Il s'adresse, pour cela, à trois classes d'instruments : le bistouri, la scie, l'aiguille électrolytique.

1º Doivent être opérés au *bistouri* les éperons sis à la partie antérieure de la cloison, uniquement constitués de tissu cartilagineux.

2º Doivent être opérées à la scie les déviations et éperons où entre l'élement osseux : soit à la scie droite de Bosworth, soit plutôt à la scie circulaire mue par un moteur électrique ou par le tour des dentistes.

3º Peuvent être opérés à l'électrolyse toutes les déviations ; on adoptera la méthode bipolaire sans jamais dépasser vingt milliampères.

M. L.

Contribution à l'étude de l'ozène, par Schestakow. (Dissert. inaug. Genève 1894.)

Étude très personnelle, basée sur les résultats d'observations bien complètes prises à la clinique du Docteur Wyss.

L'ozène est une entité morbide, absolument distincte de toutes les affections et lésions s'accompagnant de fétidité.

Des examens de l'auteur il résulte que les lésions de la muqueuse n'offrent rien de spécial ni caractéristique; elles sont accessoires et banales.

L'état rudimentaire des cornets est un phénomène primitif : arrêt de développement par trouble nutritif, s'associant souvent à des malformations similaires du maxillaire supérieur, du squelette nasal osseux, des sinus, peu développés...

L'influence de l'hérédité est indéniable; l'affection débute ordinairement dans l'enfance ou l'adolescence, chez la femme surtout; les maladies du jeune âge : rougeole..., contribuent beaucoup à son développement; la scrofule et la syphilis surtout n'ont pas, avec l'ozène, de relation directe.

Au point de vue symptomatique, S. insiste sur l'absence presque constante des végétations adénoïdes et l'état rudimentaire des amygdales ; la forme ogivale de la voûte palatine, la carie précoce des dents du maxillaire supérieur, le faible développement de cet os, par trouble de nutrition.

Les ganglions sont remarquablements peu développés; la voix souvent nasonnée et affaiblie; la sensibilité du pharynx et du voile parfois émoussée; la sensibilité tactile de la pituitaire toujours conservée; les lésions pharyngo-laryngées sont surtout en rapport avec une respiration buccale.

On note de nombreuses complications, ou affections concomitantes : des troubles menstruels et digestifs ; des troubles respiratoires: bronchites fréquentes; une certaine prédisposition à la tuberculose (la muqueuse nasale devenant impropre à défendre l'organisme); des affections auriculaires fréquentes: lésions tympanales, otites, diminution d'acuité; des complications oculaires, rapidement envisagées; sinusales, regardées comme exceptionnelles; enfin des troubles caractéristiques de la chloro-anémie, véritable complication non rare de l'ozène.

L'auteur combat ensuite toutes les théories pathogéniques et rejette l'infection microbienne comme pure hypothèse sans donnée positive jusqu'ici; il nie l'ozène post opératoire.

L'ozène est avant tout l'expression d'un état général maladif, absolument comme la leucorrhée; c'est la punaisie constitutionnelle, état diathésique rendant compte des nombreux troubles généraux concomitants.

Le diagnostic se fonde sur trop de bons signes pour être ordinairement difficile; l'examen rhinoscopique s'impose cependant pour éviter de graves erreurs.

Dans la rhinite spécifique : importance de la triade d'Hutchinson, du développement adénoïdien.

Dans les empyèmes, le pus diffère par le siège, l'odeur, l'aspect.

Le pronostic est aggravé par les complications possibles ; la tuberculose en particulier ; toujours il doit être réservé ; le traitement atténue à la longue plutôt qu'il ne guérit.

Le traitement général prime naturellement tout autre : hygiène ; toniques ; air de la mer ; le traitement local n'est qu'un palliatif, où les divers agents se valent à peu près, mais dans lequel il faut proscrire les irritants ; le traitement chirurgical est à rejeter ; l'électrolyse et le massage vibratoire (de l'avis même de Chiari) sont également impuissants.

RIPAULT.

## ANALYSES

### I. - OREILLE

L'audition colorée dans ses rapports avec la voix, par Georges E. Thorp. (Edinburgh medical journal, juillet 1894.)

En même temps auteur et sujet d'expérimentation le D'E. Thorp, dans une monographie curieuse, nous explique comment et de quelle façon se produit chez lui l'audition colorée et les images graphiques, représentatives, qu'éveillent en son esprit un son ou un assemblage de sons.

Le son produit d'abord une sensation de couleur. S'agit-il d'une propriété particulière du nerf auditif, qui, dans certains cas, associe les deux impressions (son et couleur); ou bien les ondes sonores agissent-elles sur une sorte de plexus d'association?

Selon l'auteur, le chant consiste en un assemblage de sons variant non-seulement de ton mais encore de forme et de couleur.

Cherchant les conditions de ce phénomène, le Dr Thorp a remarqué que c'était le léger mouvement de la base de la langue, quand il chantait la gamme, qui produisait les changements de couleur, de qualité et de forme du son, ces divers changements dépendant eux-mêmes du nombre, de l'ordre et de l'intensité relative des parties élevées du son.

Après avoir cité les opinions émises à ce sujet par le D' Gruber et M. F. Galston, l'auteur finit par cette remarque : que la vue des objets externes qui produit la sensation de couleur et l'effet des ondes sonores qui donne l'audition colorée sont tous deux identiques.

P. G.

De la perception des sons élevés et des sons graves dans les affections du labyrinthe et du nerf acoustique. par Rohren, (Wiener med. Wochenschr., n° 8 et 10, 1894.)

L'auteur décrit un nouveau syndrome morbide, qu'il désigne sous le nom de torpeur du nerf acoustique; il en a observé plus de cent cas depuis trois ans, l'affection n'est donc pas rare. Voici le résumé de la première observation publiée par l'auteur en 1891 : fillette de 8 ans, atteinte de surdité rapidement croissante; végétations adénoïdes, respiration buccale, tympans rétractés et peu mobiles, accès de vertige intense. La voix basse n'est pas perçue, la voix forte à 1 mètre à gauche, 80 centimètres à droite. Épreuve de Weber latéralise à gauche et donne pour le diapason a' = 3" (normalement 41"853 vibrations); c' = 2"; A = 4". L'épreuve de Rinne est + pour les trois diapasons, la transmission aérienne directe conservée pour ces diapasons. Les pressions centripètes de Gellé étaient pour les deux oreilles + : + par l'air et par l'os. Le sifflet de Galton était entendu à gauche à partir de 15, à droite à partir de 25, dans toute l'échelle et l'appareil de König entendu facilement de l'ut, au sol. Un examen moins minutieux aurait conduit au diagnostic de salpingite, qui existait d'ailleurs, mais les expériences de Weber, de Rinne, de Gellé, indiquent avec certitude une affection de l'oreille interne et du nerf acoustique ; la conservation de l'ouïe pour les sons élevés de 7,000 à 50,000 vibrations prouvent que le labvrinthe du limacon est normal; on est ainsi amené à reconnaître par exclusion une affection du nerf acoustique lui-même. Cette dissociation auditive s'observe dans le tabes et c'est la surdité tabétique qui a attiré l'attention sur le syndrome en question. La pathogénie de ces cas paraît être la suivante : catarrhe des trompes consécutif à l'hypertrophie du tissu adénoide, raréfaction de l'air dans la caisse, rétraction du tympan, immobilisation des osselets et pression de l'étrier sur la fenêtre ovale, pression exagérée dans l'oreille interne, tétanisation des extrémités du nerf acoustique ; l'absence de lésions anatomiques du nerf est bien prouvée par le succès rapide du traitement mécanique, pneumatique, qui rétablit la conductibilité cranienne et la perception auditive aérienne. L'auteur donne ensuite sous forme de tableaux nombreux les résultats des différentes épreuves chez une longue série de malades. M. N. W.

Une nouvelle et simple méthode plastique pour récliner les oreilles écartées, par Haug, (Deutsche med. Wochenschrift, 1894, n° 40.)

Les procédés actuellement en usage pour récliner les oreilles comprennent un temps long et difficile, qui est l'excision d'une partie du cartilage; l'auteur la remplace par des fractures; d'autre part, il dissèque un lambeau de peau au lieu d'exciser simplement comme Gruber, Roose, etc.

Une première incision cutanée est menée dans la ligne d'insertion du pavillon presque dans toute sa longueur ; une autre incision passe sur l'apophyse mastoïde de manière à limiter avec la première un espace en croissant ou semilunaire; le lambeau de peau ainsi dessiné est enlevé ; ensuite, les extrémités de la première incision sont prolongées très loin sur la surface de la conque et la peau de l'oreille est disséquée de manière à former un lambeau plus petit que l'espace dénudé; il ne reste qu'à attirer fortement ce lambeau vers l'incision mastoldienne et à l'y suturer. Un appareil convenable maintient le pavillon appliqué contre la tête jusqu'à la cicatrisation qui demande 8 à 10 jours. Ce procédé suffit le plus souvent ; dans un cas, où le cartilage fortement incurvé en avant résistait, l'auteur eut recours à l'incision avec fracture du cartilage. Le cartilage est incisé au niveau de la première incision cutanée (auriculaire) dans l'étendue d'un centimètre environ aux deux extrémités de cette incision; de plus, vers son milieu. on incise le cartilage sous le lambeau en dessinant un V à pointe tournée du côté du bord libre de l'oreille. Le cartilage est saisi entre le pouce et l'index au niveau de chaque incision, plié et cassé; l'incision traverse la moitié de l'épaisseur du cartilage et il faut avoir bien soin de ne pas blesser, pendant la fracture, la peau de la surface concave du pavillon. L'opération ainsi exécutée est rapide et facile. M. N. W.

Maladies de l'oreille dans l'enfance, par Maccuen Smith (de Philadelphie). (N. Y. med. journal, 21 juillet 4894.)

22 % des écoliers examinés par S. étaient atteints de surdité marquée. Il a vu en peu de temps mourir six jeunes enfants traités pour une fièvre cérébrale, une méningite, et dont l'otite moyenne ne fut reconnue que quelques heures avant la mort. Chez l'enfant nouveau-né, en examinant et désobstruant le conduit auditif plein de sébum, on évitera des otites consécutives et surdi-mutité dite congénitale. Sur 31 sourds-muets examinés, S. a trouvé quatorze congénitaux, trente-sept ayant eu une otite tardive (21 par scarlatine, 9 par diphtérie, 5 par rougeole, 4 par traumatisme). Cette otite, en général, avait été abandonnée à elle-même sans incision.

Un corps étranger rare dans l'oreille, par Oscroft Tansley. (Arch. of. pediatrics, août 1894, p. 606.)

Il s'agit d'un diamant qu'un enfant de cinq ans s'enfonça en jouant dans le conduit auditif. En essayant de l'extraire la mère le poussa plus profondément. La pierre fut enlevée sous chloroforme à l'aide d'une petite curette fenêtrée non tranchante. Il n'y avait pas de lésion, sauf une légère érassure du conduit externe.

Étude sur la fréquence des exostoses du conduit auditif externe dans les différentes races, par Ostmann. (Monatschr. für Ohrenheilk., nos 8, 9 et 10, p. 237, 269, 301, août, septembre, octobre 1894.)

La forme du méat auditif externe est, d'une façon générale, dépendante de la forme du crâne ; plutôt arrondie en général chez les dolichocéphaliques, elle est plus ou moins ovalaire chez les brachycéphales.

La fréquence des exostoses dans certaines races (vieux péruviens) s'explique par la sorte de compression du conduit auditif dans les crânes brachycéphales et hyperbrachycéphales et encore par la tendance à un développement osseux excessif, prouvé par la fréquence des exostoses multiples.

Dans la race américaine, à un moindre degré chez les océaniens, des exostoses du conduit auditif externe osseux sont incomparablement plus fréquentes que chez les nègres africains, les asiatiques et les européens.

O. a examiné

1054 crânes d'européens

773 - d'africains

491 - d'asiatiques

202 - d'américains

113 - d'océaniens et d'australiens.

En tout, 2633 crânes, chez lesquels il a trouvé 16 fois des exostoses du conduit auditif externe osseux :

13 fois sur les crânes américains = 6,4 °/0 du total des crânes examinés

2 - océaniens = 1,77 °/<sub>0</sub> --

1 — africains.

Sur les 13 exostoses trouvées sur des crânes d'américains, 12 furent trouvées sur des crânes anciens de péruviens,un sur un crâne mexicain.

Sur 111 crânes de péruviens examinés cela donne une proportion de 10,8 °/°, sur 22 crânes mexicains de 7,4 °/°.

PAUL TISSIER.

Exostose du conduit auditif enlevée à l'aide de ciseau après séparation du pavillon, par S. Johnson Taylor (Brit. med. journ., p. 867, octobre 1894).

Garçon de 16 ans, souffre de l'oreille droite depuis trois ou quatre ans ; on voit sans speculum une saillie rouge pâle, obstruant presque le conduit, dure et immobile ; du pus sourd entre la saillie et la paroi antérieure du conduit. Le pavillon est détaché et récliné en avant et la tumeur osseuse enlevée à sa base à l'aide d'un coup de ciseau : c'était un fragment d'os de 0,84 centigr., mesurant 7/8 de pouce de long, très irrégulier de forme ; guérison simple.

M. N. W.

Rupture des deux membranes du tympan par la toux, par A. G. Welsford. (Brit. med. journ.; p. 68, juillet 1894).

Homme de 60 ans, traité pour de la bronchite avec emphysème. Son ouïe était normale. Subitement, au moment d'un violent accès de toux, il entendit comme une grande explosion dans les deux oreilles et devint sourd. Il y eut un peu d'hémorrhagie et une grande déchirure fut trouvée dans chaque membrane. La surdité alla en augmentant et devint complète avec abolition de la conductibilité crânienne; il avait de plus du bourdonnement dans les oreilles et un léger écoulement qui durèrent jusqu'à sa mort, laquelle survint quelques mois plus tard.

M. N. W.

Faits cliniques du service otiatrique de la policlinique chirurgicale de Munich, par Haug, (Münch, med. Woch. n°s 35 et 36, 4894).

L'auteur se propose de publier surtout les cas qui intéressent tout praticien et d'éviter ceux qui ne peuvent être soumis qu'à des spécialistes.

I. Corps étrangers dans la caisse du tympan. — Enfant de 2 ans 1/2 apportée à la clinique six jours après s'être enfoncé dans l'oreille gauche un grain de chapelet ; des tentatives d'extraction avaient été faites par un médecin sans succès et en provoquant un abondant écoulement de sang; les jours suivants fièvre et quelques vomissements. Le conduit auditif est trouvé tuméfié et écorché, la membrane du tympan largement déchirée en bas et en avant, bombée dans son segment postéroinférieur qui est résistant à la sonde et d'une coloration étrange bleue noirâtre. La douche de Politzer relève un lambeau de la membrane et découvre le corps étranger immobile, enclavé dans la caisse. L'enfant fut profondément anesthésiée et le corps étranger extrait à l'aide d'une petite curette : c'était une perle bleue, assez grosse, largement perforée. Les accidents cérébraux cessèrent et la perforation guérit après une otorrhée d'assez courte durée. Il est curieux de noter que l'autre oreille contenait une perle toute pareille ; elle n'avait causé aucun accident, n'ayant pas été remarquée ni poursuivie d'une manière insensée ; une injection suffit à la faire sortir.

Dans un autre cas deux perles avaient séjourné, sans causer d'accidents, vingt-deux ans dans le conduit auditif ; elles furent facilement expulsées à l'aide d'une injection. Lorsqu'il s'agit de corps gonflés par l'eau, l'auteur se sert d'alcool absolu ou d'un

mélange d'alcool et de glycérine.

Il. Fracture du conduit auditif, rupture du tympan dans une chute sur le maxillaire inférieur. - Homme de 39 ans ; chute sur le maxillaire inférieur au cours d'un évanouissement; hémorrhagie par l'oreille; maxillaire intact, articulation temporo-maxillaire gauche en subluxation légère. Le lendemain le conduit, qui avait été tamponné, est trouvé rempli de sang, la paroi antérieure présente une déchirure qui s'étend obliquement jusqu'au milieu de la paroi inférieure ; le fragment antérieur suit les mouvements du maxillaire inférieur et l'on entend nettement une crépitation osseuse ; la rupture se continue ensuite longitudinalement et traverse en son milieu le segment antéroinférieur après avoir fracturé le limbe ; elle atteint le manche du marteau et le longe dans une certaine étendue. Une autre déchirure traverse le segment postéro-supérieur ; elle saigne comme la première. La réunion eut lieu par première intention derrière un tampon antiseptique.

III. Une tique (ixodes ricinus) dans le conduit auditif. — Garçon de 17 ans, atteint de violentes douleurs dans l'oreille gauche depnis 4 jours; le méat est trouvé presque complètement oblitéré par une masse ronde, élastique, gris bleuâtre, un peu

mobilisable. Les mouvements causent une vive souffrance en un point limité, situé vers la limite du conduit cartilagineux, c'est le point d'insertion; en l'examinant avec plus de soin il fut possible de reconnaître l'existence d'un prolongement conique enfoncé dans la peau du conduit; dès lors, la nature parasitaire du corps étranger put-être affirmée; aussi l'auteur se garda-t-il bien de tirer dessus; il remplit le conduit d'une solution de sublimé, tua ainsi le parasite et put l'extraire facilement avec son rostre. C'était une tique vulgaire, ricin, ixodes ricinus.

IV. Paralysie de la corde du tympan consécutive à l'instillation de glycérine phéniquée. Abolition unilatérale complète du goût. - Femme de 27 ans, atteinte d'otite moyenne bilatérale légère sur laquelle vient s'enter une otite movenne grippale aiguë de l'oreille gauche. Le tympan étant intact, on fait une instillation de glycérine phéniquée au 1/10° qui calme la douleur ; le lendemain l'amélioration était notable, mais on pouvait voir vers la courte apophyse du marteau un petit espace boursoufflé; une nouvelle instillation causa immédiatement, dans la moitié gauche de la langue, des picotements, un goût sucré « le liquide lui coulait dans la langue • et peu après une perte absolue et persistante du goût sous toutes ses formes; la sensibilité gustative du côté droit resta intacte. L'otite guérit sans perforation, la glycérine phéniquée avait donc pénétré jusqu'à la corde du tympan à travers le commencement d'ulcération. C'est le seul cas que l'auteur ait observé et il n'en a pas trouvé de semblable dans la littérature spéciale.

V. Emphysème de la membrane du tympan et tumeur aérienne dans la région mastoidienne. - Homme de 25 ans, atteint de salpingite chronique bilatérale avec rétraction extrême des membranes du tympan ; les deux membranes sont très amincies, transparentes ; l'ouïe est très affaiblie. Le premier essai d'insufflation (Politzer) modérée fut suivi d'une violente douleur dans les deux oreilles ; le tympan ne fut pourtant pas trouvé déchiré. A droite il était bombé et parsemé de taches ecchymotiques, à gauche la convexité et les suffusions sanguines étaient les mêmes, mais il y avait de plus dans les segments supérieur et postérieur plusieurs bulles de dimensions différentes. Peu d'instants après une tumeur aérienne, crépitante, grosse comme une prune, se développa derrière l'oreille et acquit bientôt le volume d'un œuf. Elle rétrocéda ainsi que l'emphysème du tympan au bout d'une huitaine de jours sans accidents. Les insufflations furent reprises avec beaucoup de douceur et le rétablissement de l'ouïe fut complet au bout de trois semaines. VI. Accident primitif de la syphilis au niveau de l'orifice de la trompe ; infection par le cathétérisme. - Homme de 30 ans, se plaint depuis 8 à 10 jours de douleurs dans la gorge et les oreilles. Il existe un catarrhe des deux trompes, une tuméfaction des deux amygdales, de la droite surtout ; cette dernière présente de plus des ulcérations suspectes ; les ganglions sous mentionniers et occipitaux droit sont engorgés; mis en éveil par cet aspect on fait un examen complet du patient et on découvre une roséole typique mais aucune trace de l'accident primitif; le patient nie la syphilis. En le renvoyant l'auteur lui dit que l'état de sa gorge ne permet pas de faire le cathétérisme de la trompe, qui aurait été utile au traitement des oreilles ; le patient regrette vivement cet empêchement car le cathétérisme lui avait procuré plus d'une fois un grand soulagement et encore récemment, à Buda-Pest, on l'avait exécuté plusieurs fois. L'auteur se souvient alors qu'il n'a pas fait la rhinoscopie postérieure, il complète son examen et découvre un chancre induré à l'entrée de la trompe d'Eustache droite. L'évolution ultérieure des accidents secondaires, l'action curative du mercure confirmèrent encore le diagnostic.

VII. Périchondrite auriculaire guérie par des ponctions aspiratrices répétées. — Homme de 29 ans, porteur de deux tumeurs fluctuantes sur le pavillon de l'oreille droite; elles ont le volume de petites prunes et communiquent entre elles. L'intervention chirurgicale fut décidée et acceptée, mais le patient étant pressé ce jour-là, on ne fit, en attendant, qu'une simple ponction aspiratrice et on retira ainsi une seringue et demie de liquide clair, filant, gommeux.

La même histoire se répéta encore quatre fois ; c'était tantôt le client, tantôt le chirurgien qui n'avait pas le temps ; le liquide allait diminuant d'une ponction à l'autre et la guérison complète eut lieu avant qu'on ait trouvé le temps de faire l'opération classique. C'est ainsi, par hasard, que l'auteur pu se convaincre de la possibilité de la guérison de la périchondrite aiguë sans nécrose, sans excision du cartilage, sans déformation par conséquent. Ajoutons que le liquide fut ensemencé et trouvé stérile. Ce procédé serait à tenter dans l'othématome.

VIII. Douche nasale directement suivié d'otite moyenne avec empyème de l'apophyse mastoide. — Homme de 45, ans, atteint de coryza aigu; on lui conseille des douches d'eau froide sans aucun détail. Aussi met il le réservoir à la hauteur d'un mêtre et introduit-il l'olive dans la narine la plus libre, la gauche étant presque oblitérée par le cornet inférieur tuméfié. Il sent le froid du côté de l'oreille et cesse aussitôt le lavage à cause d'une douleur frontale et d'une grande gène dans l'oreille. Dans la nuit, douleur violente dans l'oreille gauche, otite moyenne aiguë, incision de la membrane le 3° jour; il s'écoule du pus rempli de pneumocoques. A [partir du 8° jour, malgré l'écoulement facile du pus, il survient des accident cérébraux, de la fièvre et le 13° jour on en arrive à la trépanation de l'apophyse. La guérison fut d'ailleurs rapide et complète. Il ne faut jamais oublier les règles sans lesquelles la douche nasale est dangereuse : réservoir élevé de 1/3 de mètre au plus, eau tiède, olive dans la narine la moins perméable, et dirigée en arrière, abstention dans les cas d'oblitération et dans les catarrhes aigus.

M. N. W.

Sur l'éducation des sourds-muets, par Delore. (Communication faite à la Société de médecine de Lyon. Lyon médical, nº 15, 15 avril 1894.)

Depuis un certain nombre d'années l'enseignement oral des sourds-muets s'est partout généralisé. C'est un grand bienfait assurément, dit M. Delore, mais la méthode nouvelle a cependant des inconvénients qu'il n'était pas inutile de mettre en lumière; la critique des nouveaux procédés pouvant servir à leur perfectionnement.

Tout d'abord, l'éducation orale du sourd-muet est longue, difficile; et si dans toute école il y a un groupe nombreux qui bénéficie des leçons des maîtres, il y a une bonne partie des élèves qui demeurent rebelles à ce mode d'enseignement. Or, dans les inspections, dans les concours où l'on veut faire éclater l'excellence des résultats obtenus, on ne parle jamais des « non valeurs de la méthode. » Cependant, ces élèves réfractaires à la parole ne sont pas quantité négligeable.

De plus, les sourds-muets qui arrivent à parler ont une voix si discordante et si rauque que les sons émis sont toujours fort désagréables à entendre. « A Avignon le directeur, voulant montrer au public les beaux résultats de la méthode orale, faisait lire à haute voix les affiches à ses élèves dans les rues de la ville; les passants s'arrêtaient tout d'abord mais, au bout d'un instant, désagréablement impressionnés par la raucité des sons, ils se hâtaient de prendre la fuite. On a même cité le cas d'une personne dont l'écœurement produisit une syncope. Le sourd-muet,

pour suivre une conversation, est obligé de regarder en face son interlocuteur, cela n'est pas toujours bien pratique Mais voici qui est plus grave. On a prétendu que la méthode orale prédisposait le sourd-muet aux affections graves de la poitrine. Tout en observant la réserve nécessitée par une assertion si grave, je ferai remarquer que les fatigues exagérées de la parole entrent pour une part notable dans les catarrhes et les états inflammatoires chroniques divers de l'arbre respiratoire.

L'auteur fait suivre ces critiques d'un exposé des avantages de la méthode mimique. Facilités de l'enseignement dont peuvent bénéficier même les sujets les plus arriérés, universalité de la langue mimée qui est de tous les pays. Par exemple, partout un simple pincement de la manche signifie comment vous portez-vous? D'ailleurs, ce qui prouve que la vieille méthode avait du bon, c'est que beaucoup de sourds muets, après avoir consciencieusement appris la méthode orale, après s'en être servis, sont revenus aux gestes d'autrefois.

Le mieux serait certainement de trouver un moyen d'allier les deux procédés; d'éduquer le jeune infirme en lui apprenant à parler et à gesticuler en même temps; le geste corrigerait la défectuosité du langage. Gestes et paroles marcheraient ainsi simultanément et se corroborreraient mutuellement; certain geste rappellerait nécessairement la prononciation de certains mots. D'après l'avis de personnes compétentes, ce résultat peut être obtenu par une application soutenue, malgré la tendance instinctive de tout sourd-muet à traduire sa pensée par des signes. Ce serait donc une méthode nouvelle qu'on peut appeler méthode mixte.

Traitement des surdités catarrhales à Cauterets, par A. Bouven (Gaz. des hôp. n° 91, p. 85, 7 août 1894).

Les deux principales sources de Cauterets (la Raillère et César) sont fréquemment appliquées avec avantage au traitement des surdités qui se rattachent à diverses lésions du catarrhe chronique de l'oreille moyenne.

Elles sont indiquées pour combattre le catarrhe naso-pharyngien qui complique si souvent le catarrhe auriculaire et exerce une grande influence sur la marche et l'issue de cette affection.

Elles sont également indiquées pour modifier les conditions générales de l'organisme qui dominent la disposition catarrhale et, partant, pour prévenir le retour des poussées fluxionnaires de la gorge et du nez, qui sont souvent le point de départ des inflammations auriculaires.

Le traitement dirigé contre le catarrhe naso-pharyngien exerce généralement une action de voisinage manifestement résolutive sur l'hypérémie de la muqueuse, de la trompe et de la caisse.

Il agit, en outre, favorablement sur la contractilité des muscles pharyngo-tubaires, et remédie ainsi à leur insuffisance, dans bien des cas.

Les eaux conviennent surtout aux formes humides caractérisées par la tuméfaction et l'hypersécrétion catarrhale de la muqueuse. Toutefois, elles ne doivent intervenir que lorsqu'on a rétabli, par un traitement approprié, la perméabilité de la trompe et favorisé l'écoulement des exsudats séro-muqueux contenus dans la caisse.

Elles sont, le plus souvent, inefficaces dans les formes sèches scléromateuses qui s'accompagnent d'adhérences anormales du tympan ou de la chaîne des osselets et des membranes des fenètres.

Les résultats qu'on peut attendre de la cure thermale sont plutôt consécutifs qu'immédiats. Ils sont plus ou moins complets, suivant l'âge du sujet, l'ancienneté de la maladie, la nature et l'étendue des lésions.

L'application des eaux au catarrhe naso-pharyngien et auriculaire comporte deux modes de traitement: l'un dirigé contre l'état local: gargarismes, inhalations, pulvérisations et douches nasales; l'autre approprié à l'état général: bains, douches et boissons.

Le traitement thermal demande souvent à être secondé dans ses effets par l'emploi simultané de quelques moyens thérapeutiques ordinaires : insufflation d'air et cautérisation de la muqueuse pharyngo-nasale.

### II. - NEZ ET SINUS

Rapport sur les cas observés en 1891-1892 à la polyclinique privée du prof. Gottstein pour les maladies de la gorge, du néz et des oreilles, par R. Kayser. (Monatschr. fur Ohrenheilk. p. 39 et 87, n∞ 2 et 3, février et mars 1894).

Compte rendu assez sec des observations faites à la clinique de Gotstein en 1891-1892, (3364 personnes).

Parmi les cas mentionnés particulièrement citons: deux cas

de rhinolaryngosclérome diagnostiqués par l'examen clinique dont l'examen bactériologique comfirma la nature; 4 cas de trépanation de l'apophyse mastoïde avec cette particularité que, par suite de la guérison de l'écoulement, les exostoses qui avaient été constatées dans le conduit auditif externe disparurent spontanément (fait déjà signalé par Lucæ); 4 cas de ténotomie du tenseur du tympan, dont un avec succès complet (disparition des bourdonnements); 2 cas de surdité nerveuse; 9 cas de laryngite juvénile nodulaire, c'est-à dire avec nodules analogues à ceux dits des chanteurs sur le bord libre des cordes; 2 cas d'aphonie spasmodique; un cas de paralysie bilatérale des dilateurs consécutive à un cancer de l'œsophage; 2 cas d'abcès de la base de la langue; 2 cas de rhinite fibrineuse; 2 cas d'angiome du septum, etc.

Sous le nom d'inspiration nerveuse K. désigne l'affection suivante: chez un enfant de 5 ans, sans cause appréciable, sans lésion quelconque des organes respiratoires, se produisait à peu près régulièrement, après plusieurs respirations normales, une très longue inspiration gémissante. Ce phénomène était purement hystérique, car il n'existait que le jour.

A retenir encore une appréciation sévère du massage vibratoire dans l'ozène. K. choisit un cas où les lésions étaient sensiblement égale des deux côtés. Après avoir nettoyé soigneusement chaque jour les deux fosses nasales avec la pince et de l'ouate, il laissa le côté gauche sans autre traitement et appliqua le massage vibratoire au côté droit. Au bout de trois mois il n'y avait aucune différence des deux côtés.

PAUL TISSIER.

Tabes bulbaire; ulcérations trophiques du nez et des oreilles, par C. Giraudeau. (Presse méd., n° 43, p. 341).

Homme de trente-huit ans, entré le 1° septembre 1894 à l'hôpital Necker en proie à de violentes crises gastriques d'origine tabétique. Le début du tabes remonte à six ans. En mars 1894, apparut, autour de la narine droite, une ulcération absolument indolente, qui pendant deux mois s'étendit, puis dès lors persista avec les mêmes caractères. Au moment de l'entrée, il existe à la base du nez une ulcération à fond rouge vif, à bords taillés à pic et comme faite à l'emporte-pièce dans la peau saine. Au niveau de deux tiers postérieurs du lobule du nez, se trouve une autre ulcération qui en occupe toute la longueur et

qui présente des caractères identiques à la première. Tout le reste de l'étendue du bord libre des narines est occupé par une érosion superficielle donnant l'impression d'une usure de l'épiderme produite par du papier de verre.

Au niveau du pavillon de l'oreille, il existe, de chaque côté, en des points absolument symétriques, une petite ulcération présentant les mêmes caractères que celle du nez et occupant la moitié supérieure de la conque. Toutes ces érosions sont survenues sans douleur, presque à l'insu du malade, qui se mouche, s'essuie le nez sans s'occuper des lésions dont il est le siège; en effet, seule la sensibilité au contact est conservée au niveau des parties malades.

Sous l'influence de soins de propreté, l'érosion de l'oreille droite disparut sans laisser de traces. Le 12 octobre, après un traitement de douze jours par les injections sous-cutanées de liquide testiculaire, l'ulcération de l'oreille gauche s'est cicatrisée à son tour : l'ulcération de la narine droite reste stationnaire.

G. rapproche cette observation des maux perforants buccaux signalés dans les derniers temps chez les tabétiques; il fait remarquer que, dans les deux cas, c'est la sphère du trijumeau qui est en cause; dans le mal perforant buccal, c'est le nerf maxillaire supérieur qui est atteint; chez le malade qui fait le sujet de cette observation, ce sont les branches ophtalmiques de Willis (nerfs naso-lobaires et frontaux) et le maxillaire inférieur (nerf auriculo-temporal) qui semblent intéressés.

M. L.

Deux cas de dacryocystite ozéneuse. Examen bactériologique, par A. Cuénob. (Archives d'ophtalmologie, nº 8, 1894).

Observations de deux malades atteintes de dacryocystites aiguës et présentant une forte odeur nasale ozéneuse.

L'examen bactériologique révéla la présence du microbe signalé comme spécifique de l'ozène, par Löwenberg. L'auteur obtint des cultures pures de ce microbe encapsulé; le streptocoque agent habituel des dacryocystites, soigneusement recherché dans ces deux cas, ne fut pas trouvé. Chez les ozéneux, Terson et Gabrielidès ont montré que ce microbe existe à l'état habituel, non-seulement dans le nez, mais aussi sur la conjonctive. Ces deux observations démontrent qu'il peut se retrouver en culture virulente et pure de toute autre bactérie pyogène dans le sac enflammé de ces mèmes malades.

Cathétérisme du canal naso-lacrymal, par G. Corradi. (Rivista veneta di scienze med. T. XX, Fasc. III, 1894).

C. insiste sur la facilité du cathétérisme du canal naso-lacrymal par la voie nasale et sur les excellents résultats que donnent les insufflations d'air dans de nombreuses affections de la conjonctive et des voies lacrymales.

A. F. PLICQUE.

Végétations polypeuses des fosses nasales, par RUAULT et PILLIET. (Bulletin de la société anatomique, juin 1894, p. 418).

Ces végétations extraites des fosses nasales d'un homme de 60 ans ont été examinées par Pilliet qui prétend qu'il s'agit ici d'un épithélioma végétant rameux.

A. G.

Fibro-sarcôme des fosses nasales faisant saillie dans le pharynx, par Mermer. (Bulletin de la société anatomique, juillet 4894, p. 533).

L'auteur cite le cas d'une femme de 16 ans atteinte d'une tumeur dépendant du cornet inférieur et qui put être détachée facilement sans instrument par l'arrachement avec les doigts du pédicule. Ce genre de tumeur qui est loin d'être aussi commun que les polypes de la partie antérieure des fosses nasales, se rencontre pourtant quelquefois ; elles ont la propriété d'être uniques et de se développer quelquefois d'une manière excessive dans le cavum pharyngien. La guérison plus facile, plus rapide que celle du polype muqueux antérieur, nécessite quelquefois une intervention spéciale à laquelle nous avons eu recours quelquefois à la clinique de Lariboisière.

A. G.

Affections intra-nasales comme cause de catarrhe auriculaire et laryngé, par Sargent F. Snow (de Syracuse) (Medical record, 18 août 1894).

Trois observations de catarrhe de l'oreille, du pharynx, du larynx lié à une lésion intra-nasale (déviation de la cloison,gon-flement des cornets, fusion de l'extrémité libre d'un cornet et de la muqueuse) et cédant au traitement de cette lésion.

A. F. PLICQUE.

Association des rhinites et des otites avec le catarrhe du cornet, par Howard Straight (de Cleveland). (Med. record. 22 septembre 1894).

S. insiste sur la nécessité de l'examen du thorax dans toutes les affections aes voies respiratoires supérieures. On trouvera très souvent un catarrhe (tuberculeux?) du sommet. Le traitement par la créosote est alors celui qui donne les meilleurs résultats.

Cautérisation des fosses nasales et des accidents qui peuvent en résulter, par le D'FLETCHER INGALS (de Chicago), (Société médicale de l'Illinois, mai 1894).

De temps en temps on signale divers accidents imputables à la cautérisation de la muqueuse nasale, l'auteur pense que ces accidents sont très rares et qu'il est facile de les éviter en suivant sa technique. Pour notre part nous partageons entièrement sa manière de voir. Voici les conclusions de ce travail:

1º Après chaque cautérisation pratiquer l'antisepsie de la cavité nasale et faire porter au malade un tampon de ouate

antiseptique pendant plusieurs jours.

2º Comme règle, ne cautériser qu'un côté à la fois, attendre deux semaines avant de cautériser l'autre côté et laisser passer avant de renouveler une cautérisation trois à quatre semaines.

En suivant ces deux règles, l'auteur n'a pas eu d'accidents sérieux sur près de 3000 cautérisations.

H. DU F.

Les pulvérisations d'éther contre l'épistaxis rebelle, par A. Marzonada. (El siglo medico, nº 2127, p. 613, 30 septembre 1894).

L'auteur fut appelé auprès d'une dame qui, depuis quelque jours, saignait du nez d'une façon interrompue; comme il ne pouvait reconnaître le point qui donnait naissance à l'hémorrhagie il essaya de la compression externe du nez, mais inutilement. Deux tampons d'ouate hydrophile imbibée de perchlorure de fer officinal arrêtèrent l'épistaxis; mais celle-ci se reproduisit vingt-quatre heures après quand on retira le tampon. Alun, antipyrine, cocaîne, tout fut essayé sans succès. R. fit alors dans chaque narine une pulvérisation d'éther avec l'appareil de Richardson; l'hémostase eut lieu comme par enchantement et elle fut définitive.

Rotes de thérapeutique électrolytique des premières voies respiratoires, par Mongardi. (Bollet, delle malat. dell'orecch., etc., juillet 1894).

L'électrolyse a deux sortes d'action: 1° une action galvanocaustique chimique, grâce à laquelle elle détruit les tissus de nouvelle formation et spécialement les éléments glandulaires; cette action peut être employée à modifier les vieux tissus par la production, sans douleur et sans réaction inflammatoire, de cicatrices punctiformes; 2° une action électrophysiologique, en vertu de laquelle elle modifie la nutrition des tissus, diminue leur sensibilité et y modère les phénomènes de congestion passive. De plus, les contractions électrotoniques énergiques, déterminées par le passage du courant, représentent une véritable gymnastique curative.

M. a utilisé ces propriétés pour le traitement des diverses affections des premières voies respiratoires. Il a obtenu des améliorations considérables, équivalant presque à la guérison, dans des cas de télangiectasie et d'acné rosée de la peau du nez. Par contre, l'hypertrophie de la muqueuse des cornets bénéficie moins de ce traitement que des cautérisations galvaniques. Les végétations adénoïdes et le catarrhe naso-pharyngien sont justiciables de l'électrolyse bipolaire; M. fait des séances de 15 à 40 secondes avec des courants de 20 à 50 milliampères. Dans la pharyngite sèche, il commence par des courants faibles et de peu de durée ; il se sert d'une aiguille double qu'il enfonce successivement en divers point de la muqueuse à chaque séance ; peu à peu il augmente l'intensité du courant ainsi que la durée des séances, et multiplie le nombre des points traités, de façon à agir sur toute la surface malade ; sous l'influence de ce traitement la muqueuse, qui était sèche et transparente, devient rosée, molle, humide. M. BOULAY.

Traitement du sycosis du vestibule des fosses nasales, par A. Courtabe. (Bulletin général de thérapeutique, page 151, juin 1894).

Après quelques considérations d'anatomie et de physiologie qui servent à expliquer la fréquence des affections cutanées du vestibule des fosses nasales, l'auteur s'attache à distinguer tout d'abord l'eczéma du sycosis. Confondues par certains auteurs, ces deux affections sont pourtant fort distinctes au point de vue clinique; le sycosis, en effet, est une affection inflammatoire des follicules pileux. Au début, l'examen révèle l'existence d'une ou plusieurs pustules séparées par un espace de peau saine; chaque pustule est traversée par un poil qui s'arrache facilement, dont la racine tuméfiée en massue est mollasse et de couleur blanche. Lorsque les pustules sont nombreuses, après dessication elles forment des croûtes plus ou moins épaisses qui peuvent faire croire à l'existence de l'eczéma. Si l'affection est négligée, les tissus se tuméfient, le nez devient douloureux, bientôt l'affection, quittant le vestibule, gagne la lèvre supérieure.

Le traitement du sycosis, affection microbienne, doit être antiseptique. Il doit viser : 1° à modifier les sécrétions nasales; 2° à désinfecter les foyers purulents.

Pour répondre. à la première indication, l'auteur conseille, s'il y a rhinite chronique, les lavages du nez ou encore les bains de nez qui, dans certains cas pourront, être suffisants. Après avoir passé en revue les méthodes préconisées par certains auteurs, Schmiegelow, Lublinski, il recommande particulièrement l'agent thérapeutique qui lui a donné les meilleurs résultats. Cet agent est le salol camphré: « Ouvrir les pustules, enlever les poils peu adhérents qui les traversent, puis badigeonner le vestibule avec un tampon d'ouate imbibé de salol camphré. » Le badigeonnage pourra être renouvelé plusieurs fois par jour. Quand il y a des croûtes, se garder de les arracher, mais les ramollir avec de l'eau boriquée chaude avant de les détacher.

Grâce à ce mode de traitement, C. a pu guérir en quelques jours des sycosis du vestibule qui duraient depuis plusieurs mois.

Sur le traitement des déviations de la cloison nasale, par C. Ziem. (Monatschr. für Ohrenheilk., n° 7, p. 220, juillet 1894).

Description d'un instrument actionné par la machine de rotation des dentistes et muni d'une scie non rotative, mais animée de mouvements d'avant en arrière et d'arrière en avant.

PAUL TISSIER.

Un appareil pour le traitement de l'ozène par le massage, par Hans Daar. (Archiv. für Laryng. u. Rhin. Bd. II, Hft. 2, p. 265, 4894).

L'appareil imaginé par D. est une simple tige qu'une courroie

met en mouvement circulaire. La courroie est actionnée par une roue que l'on fixe sur une table. Le traitement est très efficace. La tige est garnie à son extrémité libre d'ouate de la-noline au sublimé à 1  $^0/_{00}$ .

Chaque narine est vibrée une minute; les premiers jours, les séances seront plus courtes pour ne pas faire saigner. D'abord quotidiennes, on les éloignera ensuite.

Au bout d'une à deux séances l'odeur disparaît.

PAUL TISSIER.

Indications et contre-indications du traitement marin dans les affections des oreilles, du nes, du pharynx et du larynx, par Ladreit de La Charrière et Castex. Congrès de Boulogue-sur-Mer, 25-29 juillet 1894.

10 D'une manière générale, les effets varient selon qu'on utilise l'air ou l'eau de la mer, telle ou tella autre plage, le bain à la lame ou le bain en baignoire.

2º Pour les oreilles on doit envisager séparément les affections à écoulement et les affections sans écoulement.

Parmi les premières, le traitement marin est indiqué si elles sont de nature scrofulo-tuberculeuse, à siège non profond, car dans l'otorrhée le bain à la lame peut produire des répercussions profondes graves. Le simple séjour à la mer est alors acceptable.

Le traitement marin est contre-indiqué si la nature est herpétique et indifférent si la nature est syphilitique.

Parmi les deuxièmes (sans écoulement), les états simplement congestifs et hystériques indiquent la mer. Ceux qui relèvent de l'arthritisme chronique (otites sèches) ou du tabes, ainsi que la maladie de Ménière, la contre-indiquent.

3º Pour le nez, la majeure partie de ses affections bénéficient du traitement marin (rhinites hypertrophique et atrophique, rhinite spasmodique ou asthme des foins, végétations adénoïdes) mais les eczémas des narines doivent en être détournés.

4º Pour le pharynx, le traitement marin est utile dans les hypertrophies amygdaliennes, nuisible dans les tuberculoses pharyngiennes.

5º Pour le larynx, il est indiqué dans les diverses hypokinésies et les adénopathies laryngo-trachéales, mais contre-indiqué dans les hyperkinésies, laryngites chroniques, tuberculeuses et tumeurs.

En somme, la nature de l'affection doit être prise en grande considération pour décider ou non du traitement marin et ce sont principalement les affections du nez qui bénéficient de ses avantages.

Un cas de tuberculose de la bouche, du sinus maxillaire et du nez, par H. Neumayer. (Archiv. für Laryng. u. Rhin. Bd. II, Hft. 2, p. 260, 1894).

La marche de la maladie fut assez typique. A la suite de l'extraction d'une dent molaire supérieure droite, il y eut, chez un sujet phtisique, infection bacillaire de la plaie. La lésion augmenta et s'accrut lentement sans vive douleur du côté de la joue et du palais, puis elle gagna en même temps le sinus maxillaire, dont la transparence fut trouvée diminuée et dont le contenu ramené par le lavage était formé de masses séro-purulentes légèrement mélangées de sang.

Du sinus la maladie envahit la fosse nasale correspondante. L'examen de celle-ci montra sur le septum, à environ un centimètre en arrière de l'orifice des narines, une tumeur de la grosseur d'un haricot, à surface mamelonnée, qui se prolonge jusqu'au plancher et de là s'étend au cornet inférieur et au méat moyen.

A citer un cas semblable de Rethi (1893). PAUL TISSIER.

Suppuration des sinus accessoires du nez, par H. Maxon King (de Grant Rapids). (N. Y. med. journal, 21 juillet 1894).

K. insiste sur le pronostic relativement grave de ces affections et sur la difficulté d'obtenir une guérison parfaite dans les formes anciennes. Il rapporte deux observations : 4º empyème double du sinus frontal trépané (évacuation d'une quantité de pus très grande) curetté avec ablation de nombreux fragments nécrosés et guéri ; 2º abcès du sinus maxillaire avec fistule alvéolaire traitée par le curettage, l'excision de la paroi de l'abcès, le drainage, puis par la teinture d'iode, le nitrate d'argent, le perchlorure de fer, les poudres antiseptiques (acide borique, stéarate de zinc et europhène, stéarate de mercure, tamnin). Le traitement sec en injectant une solution antiseptique et évaporant ensuite celle-ci à la poire de Politzer fut également essayé. On obtint une diminution considérable mais non une disparition complète de l'écoulement purulent.

Un cas de carcinome épithélial primitif du sinus maxillaire, par REINHARD. (Archiv. für Laryng. u. Rhin. Bd. II, Hft. 2, p. 230, 1894).

Homme de 65 ans, sans tare héréditaire ni acquise, souffre depuis cinq ans d'une obstruction nasale gauche, depuis un an d'une suppuration nasale unilatérale et depuis environ six semaines d'un déchaussement de la première molaire supérieure du côté gauche; depuis le commencement de la suppuration nasale, il se plaint de malaises dans la tête, de pressions au niveau du front qui diffusent jusqu'à devenir de l'hémicrànie et, particulièrement dans les dernières semaines, d'une insommie persistante presque intolérable. La céphalalgie s'irradie jusqu'à la nuque, l'épaule et l'oreille gauches.

La suppuration nasale semble avoir été fétide dès les premiers temps et elle fatiguait d'autant plus le malade que l'écoulement se faisait vers le pharynx et la bouche, de sorte que de très bonne heure se produisirent des troubles de l'appétit et de la digestion et que le malade maigrit dans les derniers mois de 23 livres. La première dent molaire qui génait le malade fut extirpée: il s'ensuivit un écoulement purulent, fétide, dans la bouche, ce qui fit admettre le diagnostic d'empyème de l'antre d'Highmore. Un traitement approprié (lavages) resta sans résultat.

On enleva à l'anse les polypes survenus du côté gauche du nez, ils se reproduisirent très rapidement.

A la sin de juillet, le rebord maxillaire du côté gauche est un peu tuméfié et douloureux spontanément et à la pression. Le sillon naso-labial gauche n'est pas aussi marqué que le droit ; le nez et la bouche exhalent une odeur extrémement fétide : dans le méat moyen gauche, large coulée de pus conduisant à l'hiatus semi-lunaire; à l'extrémité antérieure du cornet moyen, production polypoïde assez ferme à la sonde et saignant facilement. La surface du palais osseux paraît saine mais, au doigt, on sent un ramollissement particulier des deux tiers postérieurs. La sonde pénètre assez difficilement de l'alvéole dans le sinus, elle donne la sensation non d'un espace libre, mais partout d'une résistance molle mais solide; cette exploration provoque la sortie par la fistule alvéolaire d'un liquide sanguinolent. Le lavage est facile mais le liquide, contrairement à ce qui se passe habituellement dans l'empyème, s'écoule immédiatement par le nez. Pas de lésions ganglionnaires, pas de troubles oculaires.

L'inefficacité des lavages, la nature du contenu de la cavité maxillaire, firent alors penser à une néoplasie maligne. On excisa un fragment des tissus remplissant l'alvéole et on enleva avec l'anse les productions polypoides du cornet moyen.

L'examen histologique montra la nature bénigne de ces dernières et la dégénérescence épithélio-carcinomateuse du fragment alvéolaire : épais revêtement, épithélium pavimenteux, nombreux globes épidermiques inclus dans un tissu conjonctif riche en leucocytes, etc. Le 13 août on pratiqua la résection totale du maxillaire supérieur par la méthode classique. Le néoplasme remplissait toute la cavité du maxillaire, s'étendait en haut et en arrière jusqu'au sphénoïde, entourant presque complètement l'apophyse ptérygoïde, poussant des prolongements jusque vers la base du crane ; la cavité oculaire était saine, la paroi médiane de la tumeur faisait corps avec les cornets moyens et inférieurs qui furent aussi enlevés. Cinq semaines après, le malade retourna chez lui sans récidive. Les douleurs de tête, l'insommie et l'odeur repoussante avaient disparu. PAUL TISSIER.

### III. - BOUCHE ET PHARYNX

Sur l'innervation du voile du palais, par M. Livon (de Marseille). (Bulletin médical. 1° juillet 1894, n° 52).

Le nerf pneumogastrique est-il exclusivement sensitif ou renferme-t-il quelques fibres motrices ? On sait bien que l'excitation du nerf même très haut, provoque des mouvements du voile du palais, mais les fibres motrices qui agissent alors ne sontelles pas empruntées au spinal ?

Pour répondre à ces questions, il fallait exciter la racine du pneumogastrique dans le crâne même. C'est ce qu'a fait M. Livon, dans une série d'expériences bien conduites.

Il a constaté que l'excitation des racines propres du pneumogastrique, déterminait du côté du palais une contraction des muscles du côté correspondant avec tendance à l'abaissement et au rapprochement des piliers postérieurs. Sous l'influence de l'excitation de ces racines le voile du palais se tend par la contraction du palato-staphylin et du péri-staphylin interne, et le pilier postérieur devient plus médian en rétrécissant l'isthme du gosier par la contraction très nette du pharyngo-staphylin. La différence est très nette si l'on vient, après cette excitation, à porter l'excitation sur les racines bulbaires du spinal. Immédiatement, le voile du palais se relève du côté correspondant et présente des plis transversaux de la muqueuse tenant à la contraction des muscles intrinsèques, le péristaphylin externe et probablement l'interne.

Malgré les difficultés de la dissociation des actions de chaque muscle, M. Livon regarde le palato-staphylin et le pharyngo-staphylin comme innervés par les racines bulbaires les plus inférieures du pneumogastrique (concuramment avec le facial et le glossopharyngien). Les deux péri-staphylins externe et interne sont innervés, au contraire, par les racines bulbaires, les plus hautes du spinal.

En tout cas, il résulte de ces expériences que le pneumogastrique contient des fibres motrices.

Le frein de la langue, par Chervin. (La voix chantée et parlée, 1894).

C'est une pratique qui remonte très loin que l'habitude de sectionner le frein chez les jeunes enfants, soit dans le but de faciliter la succion, soit pour hâter la parole. L'auteur condamne absolument cette opération, sinon inutile, du moins dangereuse (hémorrhagie). Chez le nourrisson elle ne trouve son indication que dans les cas où « la langue est bridée et gênée dans ses mouvements au point d'entraver la préhension du mamelon et par suite l'allaitement naturel. » Pratiquée plus tard, elle n'a aucune influence favorable sur le bégaiement. G. LAUBENS.

Un cas de tuberculome lingual. Aboès froid tuberculeux de la langue, par Dardignac. (Gaz. hebd. de méd. et de chir., 25 août 1894).

Observation intéressante d'un soldat présentant, depuis trois mois, au niveau de la partie antérieure et externe droite de la langue, une tumeur s'arrêtant à peu près au sillon médian, n'empiétant pas sur le bord droit de la langue, régulière, ovoide, du volume d'un gros œuf de pigeon, incluse en quelque sorte dans le corps du muscle lingual. Cette tumeur était lisse, de consistance un peu élastique, non fluctuante, pas douloureuse. Pas d'adénite; le reste de la langue était normal. La mastica-

tion était un peu douloureuse, la phonation légèrement altérée. Le malade, fumeur invétéré, n'avait jamais eu la syphilis, mais était sujet à des bronchites, l'état général du reste était peu satisfaisant. Aucun symptôme pulmonaire cependant, aucune tare organique: le diagnostic étant hésitant, le malade est soumis à un traitement d'épreuve par l'iodure de potassium, qui ne donne aucun résultat. On fait une ponction exploratrice, à l'aide de laquelle on retire quelques grammes d'un liquide muco-purulent, verdâtre, sans odeur. Une deuxième ponction, quelques jours après, permet de retirer une quantité plus grande de liquide; mais la tumeur se reproduisant continuellement, une intervention plus complète est pratiquée. On fait une incision de 3 centimètres environ, et on arrive dans une cavité remplie de pus et dont la paroi adhère fortement au tissu lingual. Un curettage soigneux permet d'enlever des débris ressemblant aux détritus fongueux que l'on rencontre dans les tissus tuberculeux. Guérison quelques jours après.

Quelle était la nature de cet abcès? L'inoculation et la culture soit du pus, soit des fongosités, ne put être faite; mais l'examen histologique montra, dans les fongosités des parois de la tumeur, les cellules géantes typiques des productions tuberculeuses et l'examen bactériologique des crachats révéla plusieurs fois la présence du bacille de Koch. De plus une tuberculose pulmonaire ne tarda pas à évoluer, avec hémoptisie et signes stéthoscopiques caractéristiques. Mais quelle pouvait être la pathogénie de ce tuberculome lingual ? La tuberculose avait-elle été d'abord linguale, puis pulmonaire, ou inversement ? L'auteur incline plutôt vers la seconde hypothèse. La tuberculose existait déjà à l'état latent, le bacille transporté du poumon par la voie sanguine ou lymphatique, à la langue, s'était fixé dans cet organe où il avait déterminé la formation d'un abcès froid et celui-ci, une fois traité et guéri, la tuberculose pulmonaire avait évolué. En somme, il s'agissait d'un tuberculome métastatique.

G. LAURENS.

Les gaz d'égouts comme cause d'affections de la gorge, par Beverley Robinson (N. Y. med. journal, 9 juin 1894).

B. insiste sur l'effet spicial des gaz émanant d'égouts, d'éviers mal tenus, sur la gorge. Il a vu toute une série de poussées aiguës produites par ces gaz chez des gens ayant un catarrhe léger. Il les a vus aggraver, même produire la diphtérie.

A. F. PLICQUE.

Pharyngite folliculaire chronique, par Clarence C. Rice (Arch. of pediatrics, juin 1894, p. 442).

Fillette de 7 ans, atteinte de végétations adénoïdes, d'amygdalite hypertrophique et de pharyngite folliculaire, qui est relativement rare dans l'enfance; l'amygdale gauche est excisée, le tissu adénoïde enlevé à l'aide de la curette.

Quant aux follicules du pharynx, l'auteur emploie une méthode préconisée par Gautier, ensuite par William Morton : l'électrolyse interstitielle avec l'électrode positive représentée par une aiguille en cuivre; l'oxychlorure de cuivre se répand dans les tissus autour de l'aiguille. L'auteur a obtenu ainsi de fort bons résultats ; l'aiguille en cuivre paraît supérieure aux autres aiguilles oxydables en fer ou en zinc.

M. N. W.

Un cas de pharyngite latérale, par CLARENCE C. RICE (Arch. of pediatrics, août 1894, p. 603).

Chez un garçonnet qui avait la mauvaise habitude de nettoyer sans cesse son pharynx avec un petit bruit désagréable, Rice ne trouva aucune des causes habituelles de ces habitudes: les amygdales, l'épiglotte, la luette étaient normales. Mais il existait en arrière des piliers postérieurs deux bandes rouges, deux espèces de crètes formées par du tissu lymphatique hypertrophié; le contact de la sonde cause de la douleur et une irritation qui provoque le tic habituel. Il est indiqué de badigeonner ces crètes avec une solution faible de nitrate d'argent et au besoin de les réduire à l'aide du galvano-cautère.

M. N. W.

Tonsillotome pour l'ablation des petites amygdales et pour l'excision partielle des amygdales, par A. Harmann. (Deutsche med. Wochenschrift, 1894, no 27).

L'auteur considère l'amygdalotome de Fahnenstock comme le meilleur instrument pour pratiquer l'ablation totale des grosses amygdales pédiculées : mais il n'est guère utilisable si l'on veut enlever de petites amygdales ou simplement exciser des fragments d'amygdales volumineuses. Pour pratiquer cette opération partielle, H. recommande un instrument qui n'est autre que le conchotome à deux anneaux coupants qu'il emploie depuis plusieurs années pour réséquer la tête du cornet moyen;

avec cette pince coupante il est aisé de réduire le volume d'une amygdale par plusieurs prises successives. Toutefois H. reconnalt que cet instrument ne sectionne qu'imparfaitement les amygdales fibreuses; que souvent il arrache le morceau qu'il a saisi, ce qui est fort pénible pour le malade; et que, pour parer à cet accident, il faut toujours avoir à portée de sa main un bistouri boutonné pour achever la section commencée avec la pince.

N. L.

Amygdalotomie suivie d'angine diphtérique et de croup, par Augustus Callle (Arch. of med., septembre 1894, p. 655).

L'auteur a pour règle de n'enlever les amygdales qu'après avoir pendant une huitaine de jours désinfecté la bouche et le naso pharynx à l'aide de lavages; s'il y a des dents cariées elles sont enlevées ou obturées préalablement. Dans le cas dont il s'agit ces précautions n'avaient pas été prises pour ne pas déranger les personnes qui n'habitaient pas New-York; l'enfant avait des dents en fort mauvais état. Dès le lendemain de l'amygdalotomie il fut atteint de diphtérie grave, les plaies se trouvaient couvertes de fausses membranes; quelques jours plus tard il fallut pratiquer le tubage laryngé. Guérison.

M. N. W.

La prophylaxie et le traitement de la diphtérie par l'ablation des amygdales. Observations, par William Watson. (Glasgow med. journal, juillet 1894).

L'auteur part des propositions suivantes :

1º 80 enfants sur 100 contractent la diphtérie par suite de leur mauvaise dentition.

2º Leurs amygdales étaient hypertrophiées.

3º Ils ont eu le croup.

Ces différentes propositions sont l'exposé de faits qui s'enchaînent; le manque de soins de la cavité buccale et des dents entraîne l'inflammation de cette cavité, des amygdalites à répétition et l'hypertrophie amygdalienne, laquelle cause la fréquence des maux de gorge, le développement d'une voix nasale, l'ouverture de la cavité buccale, des inflammations des muqueuses respiratoires, des troubles pulmonaires et surtout ouvre une porte d'entrée à la scarlatine et à la diphtérie.

Pour ne pas laisser de doute sur le mot croup, l'auteur l'expli-

que et le discate. Il le prend dans son travail comme synonyme de laryngite striduleuse tout en se ralliant à l'opinion qui fait du croup l'expression d'une laryngite spécifique infectieuse dépendant de la diphthérie.

Étudiant les conditions de propagation de la diphtérie, l'auteur insiste sur les conditions de milieu, sur l'influence de l'école, sur ce fait qu'un enfant qui a été malade reste longtemps contagieux et que, d'autre part, en temps d'épidémie une angine, même d'apparence bénigne, peut être de nature diphtéritique et propager la maladie.

Il faudrait donc comme principaux moyens prophylactiques : d'abord améliorer l'alimentation des malades, obliger les enfants à être visités médicalement à l'école, créer un hôpital de convalescents pour ne point aider à la dissémination par des diphtériques qui, quoique guéris, ont encore dans la gorge des bacilles virulents.

Une longue discussion des différents traitements essayés contre la diphtérie conduit l'auteur à adopter la méthode de l'ablation des amygdales.

Se basant sur ce que la diphthérie est toujours une affection d'abord locale, M. Watson, en enlevant la partie malade, diminue les chances d'infection générale. Il réfute l'objection qu'il crée par l'ablation une plus grande surface d'inoculation et d'absorption, avec les arguments suivants : absence de fièvre, d'accélération du pouls, d'albuminurie, de paralysies après l'ablation. Suivent quelques observations à l'appui des bons eifets de la méthode.

Traitement de l'angine diphthérique par le sublimé en solution au 1/20° ou au 1/30° dans la glycérine, par Moizard. (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. n° 25, p. 539, 19 juillet 4894).

Les topiques les plus généralement employés dans le traitement de l'angine diphhtérique sont le mélange de Gaucher, le phénol sulforiciné et le stérésol. Toutes ces préparations méritent un reproche : la fréquence des attouchements qu'il est nécessaire de pratiquer avec elles, si bien que les malheureux malades, déjà débilités, ne peuvent supporter qu'avec une extrême fatigue un traitement excessivement rigoureux, dont la rigueur même est pourtant la condition du succès.

Ces inconvénients disparaissent avec la nouvelle méthode proposée par Goubeau (d'Ecueillé). Ce dernier, ayant imaginé de traiter l'angine diphthérique par les attouchements de sublimé au 1/20° dans la glycérine, obtint 21 cas de guérison sur 21 angines diphthériques, sans avoir même employé d'irrigations nasales et buccales. M. a appliqué depuis six mois ce procédé dans son sérvice de l'hôpital Trousseau, et il a obtenu des résultats excellents, tels qu'aucune autre méthode n'en avait encore donnés.

Il emploie le sublimé dissous dans la glycérine au 1/20°. Pour les petits enfants de quelques mois à deux ans, c'est une solution au 1/30° ou au 1/40° qu'il faut préférer.

C'est un liquide nullement caustique; les enfants n'accusent pas de douleurs après les badigeonnages; on sait, au contraire, la cuisson pénible que produit le phénol sulforiciné.

Mais l'application sur les amygdales d'une substance aussi toxique nécessite de minutieuses précautions: l'enfant doit être solidement maintenu. Il est nécessaire d'avoir trois pinceaux préparés d'avance: chaque badigeonnage se compose en effet de trois temps. Dans un premier temps, on déblaie la gorge avec un pinceau sec des mucosités qui l'encombrent et on tâche de détacher les fausses membranes en évitant d'excorier la muqueuse. Dans un second temps, on touche légèrement les parties malades avec un autre pinceau trempé dans la glycérine sublimée et exprimé. Enfin, dans un troisième temps, pour éviter la déglutition du liquide, on essuie immédiatement après les parties sur lesquelles on vient de l'appliquer avec un pinceau sec.

On ne pratique que deux badigeonnages au plus par vingtquatre heures, trois au plus dans les cas graves. Cette rareté de badigeonnages est un des grands avantages de cette méthode de traitement si efficace.

Dans l'immense majorité des cas, dès le second jour, les fausses membranes deviennent moins épaisses, plus molles, et elles ont disparu vers le cinquième jour, alors qu'avec tous les autres traitements elles persistent de dix à vingt-cinq jours.

Les attouchements ne dispensent pas des grands lavages de la bouche et du nez qui doivent être pratiqués toutes les quatre heures, avec un liquide non toxique (eau boriquée, eau bouillie, eau de chaux).

Comme tout antre, le traitement à la glycérine subliméé doit être continué pendant quinze jours après la disparition des fausses membranes, le malade continuant encore à avoir pendant ce temps des bacilles virulents dans sa salive.

Le sublimé dissous dans la glycérine est donc le topique de

choix, celui qui permet le traitement le plus simple de l'angine diphthérique et qui, jusqu'ici, a donné les meilleurs résultats.

Deux reproches pourraient être faits à ce mélange : sa causticité, sa toxicité.

Or, la glycérine atténue la première au point de conjurer la douleur de l'application.

Quant aux accidents d'intoxication, M. n'en a observé que de très légers, et très exceptionnellement, si on suit la technique qu'il a indiquée.

Les résultats obtenus sont des meilleurs. Sur 142 angines légères, moyennes, graves ou toxiques, M. a obtenu une proportion de 83 guérisons pour cent.

M. Sevestre s'associe entièrement aux conclusions de Moizard.

Pharyngectomic pour sarcome, par Nicolai. (Giorn. dell' Istituto Nicolai, 1894, nº 4).

Malade de 39 ans offrant un sarcome du pharynx qui nécessita pour l'ablation la série d'opérations suivantes : trachéotomie, ligature de la carotide externe, extirpation de la parotide et des ganglions carotidiens, résection du maxillaire, énucléation de la tumeur, pharyngectomie, suture osseuse et cutanée. L'opération dura quatre heures et sembla tout d'abord bien supportée, mais la malade mourut de choc quelques heures après l'opération N. attribue un rôle dans la production du choc à la grande quantité de chloroforme et d'antiseptiques employés.

A. F. PLICQUE.

Sulfate de cuivre dans les ulcérations pharyngées tertiaires, par DE SANTI. (Morgagni, 1° r septembre 1894).

S. distingue les ulcérations superficielles et les ulcérations profondes ou perforantes. En dehors du traitement général il insiste sur l'utilité du sulfate de cuivre. Après application d'une solution de cocaïne à 1/25 et détersion de l'ulcère on touche celui-ci avec la solution de sulfate de cuivre à 1/25. Ensuite gargarisme boriqué. L'application répétée tous les jours ou tous les deux jours donne en général une guérison rapide.

A. F. PLICQUE.

Du toucher naso-pharyngien, par Guillaums. (Société méd. de Reims, 17 mai 1894.)

6. recommande de pratiquer le toucher du naso-pharynx avec

l'index tenu en extension forcée, sa face palmaire tournée en arrière, vers la colonne vertébrale; il trouve cette manœuvre préférable au toucher partiqué suivant la méthode classique, l'index étant fléchi et sa face palmaire tournée en avant. Dans le mode d'exploration habituel, les faces postéro-supérieur et latérale du cavum sont explorées avec l'ongle, qui ne donne que de très imparfaites sensations; au contraire, dans le toucher en extension, ces régions sont reconnues avec la pulpe de l'index, dont la sensibilité est beaucoup plus grande. On facilitera ce toucher en maintenant la tête dans l'extension, ce qui rapproche le plus possible le cavum de l'axe de la bouche.

Jacquin fait observer qu'en raison de la hauteur du cavum, il est impossible, par ce procédé, d'explorer la voûte du nasopharynx et encore moins les choanes : le doigt, même en hyperextension exagérée, ne peut toucher que la partie la plus infé-

rieur du pharynx nasal.

G. combine les deux procédés: la méthode classique renseigne mieux sur l'état des choanes et de la partie antérieure du cavum; celle qu'il préconise est préférable pour étudier la partie postérieure de la voûte. On choisira donc l'un ou l'autre mode de toucher, suivant qu'on présumera qu'il existe une lésion en avant ou en arrière du cavum.

M. L.

Le premier cas publié de pharyngite phlegmoneuse aiguë compliquée d'une méningite purulente, par Stanislaus von Stein. (Monatschr. für Ohrenheilk., n° 10, p. 313, octobre 1894).

La maladie fut diagnostiquée cliniquement: amygdalite phlegmoneuse droite; elle se compliqua, alors que la lésion de la gorge était en voie de diminution après l'évacuation sponta-

née du pus, d'une parotidite suppurée droite.

A l'autopsie, on trouva une infiltration purulente de toutes les parties molles des fosses sphéno-palatines, à droite et à gauche. Au niveau du voile il n'y a infiltration purulente qu'à droite. Des deux fosses sphéno-palatines, le pus a fusé à travers les fentes orbitaires inférieures sous la dure-mère jusqu'à la région des ganglions de Gasser. A gauche, la pie-mère de la région temporale présente une infiltration purulente. Enfin, la substance grise du cerveau, à la pointe du lobe temporal, est détruite. Petit abcès dans le muscle temporal gauche.

Ce cas se rapporte très vraisemblablement au processus décrit par Senator sous le nom de phlegmon infectieux, aigu, pri-

mitif du pharynx. Il faut seulement remarquer que chez le malade de V. S. on ne trouva pas de gastrite hémorrhagique, et, en second lieu, noter que l'infiltration purulente, au lieu de se produire vers la partie inférieure (base de la langue, épiglotte, larynx, ganglions lymphatiques etc.) s'est effectuée vers le haut (visage, rétro-pharynx, cerveau).

Affections naso-pharyngées secondaires chez les phisiques, par Z. DMOCHOWSKI. (Ziegler's Beiträge zur path. Anatom. und allgem, Pathotog.. Bd. XVI. Hft. 1, 1894).

Les lésions tuberculeuses du naso-pharynx n'ont guère jusqu'ici attiré l'attention. A l'autopsie de 64 sujets morts de tuberculose, D. a trouvé 21 fois des lésions si nettes qu'elles pouvaient être reconnues à l'examen macroscopique. C'est dans la tuberculose miliaire aiguë que les lésions du rétro-pharynx se montrent le plus souvent, 16 fois sur 9 cas. Il s'agissait alors de lésions très nettes sous formes de larges ulcérations destructives, elles qu'on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas de lésions tuberculeuses plus anciennes.

Le rétro-pharynx est particulièrement prédisposé au développement de lésions tuberculeuses, par ce fait, d'une part, que les matières bacillifères amenées par l'air expiré ou par l'expectoration dans sa cavité s'y fixent facilement et, d'autre part, parce que l'épithélium qui la revêt ne peut opposer aux bacilles tuberculeux une résistance efficace. Le revêtement épithélial formé de cellules à cils vibratils est semé de cryptes, revêtues par un épithélium pavimenteux; il n'offre pas une couche continue, mais est, à l'état physiologique, infiltré de cellules migrantes.

Les lésions tuberculeuses peuvent se développer avec une facilité toute particulière dans le tissu sous muqueux lâche et succulent, ce qui rend difficile l'appréciation exacte de l'âge de la lésion. Celle-ci serait le plus souvent secondaire, bien qu'on ne puisse nier la possibilité d'une tuberculose primitive du naso-pharynx.

PAUL TISSIER.

A propos des tumeurs du naso-pharynx, par Johann Sendziak. (Monatschr. für Ohrenheilk., p. 182, n° 1, juin 1894).

Homme de 53 ans, se plaignant d'une obstruction nasale existant depuis à peu près deux ans. Dans les derniers temps, impossibilité de la respiration nasale, repos agité, violents accès de dyspnée, bruit dans l'oreille gauche; l'année précédente, otorrhée droite qui guérit après l'ablation de plusieurs polypes du nez; ni syphilis, ni alcoolisme.

Examen de tous les organes négatifs : oreille gauche, rétraction du tympan; du côté du nez : rhinoscopie antérieure ; les deux côtés du nez, particulièrement le gauche, sont remplis par plusieurs polypes d'aspect habituel. L'examen de la bouche montre le voile du palais fortement bombé en avant et l'entrée du rétro-pharynx anormalement large. En rétractant le voile, on voit, en arrière de lui, notamment à gauche, une tumeur colossale qui remplit tout le naso-pharynx : cette tumeur, remarquablement pâle et molle, à surface inégale, saignant peu par l'examen avec la sonde ou le doigt. L'insertion de la tumeur ne put être fixée d'une façon certaine avec le doigt, à cause de la grosseur anormale; on put cependant se rendre compte que son origine ne se trouvait pas, comme c'est l'habitude, à la voûte du pharvnx: sans cocainisation préalable, la tumeur fut extirpée par la voie buccale avec le serre-nœud de Hartmann. L'auteur saisit, en se guidant sur le doigt, la tumeur, aussi haut que possible.

Il put ainsi enlever la tumeur sans difficulté, la douleur fut insignifiante, l'écoulement sanguin peu abondant, bien qu'on ait employé l'anse froide; la tumeur extraite, de forme irrégulière, mesurant 6 centimètres de long, 5 de large et 2 1/2 d'épaisseur, était très pâle, très molle, à surface inégale, formée de lobes de volumes plus ou moins gros la faisant ressembler à un fragment de cerveau. Au milieu de la tumeur et un peu en haut, on voyait deux masses assez différentes d'aspect du reste de la tumeur et ressemblant aux polypes muqueux.

L'effet de l'opération fut presque immédiat. Elle fut complétée par l'ablation d'un petit morceau de la tumeur resté dans le pharynx et on put se rendre compte que celle-ci s'insérait à l'extrémité postérieure du cornet supérieur et aux parties voisines (vomer).

On compléta la guérison par l'ablation des polypesdu nez.

L'examen microscopique montra dans la tumeur du naso pharynx la structure habituelle du papillome, avec faible développement des vaisseaux; les deux masses centrales avaient la structure du fibrome mou, de même que les polypes du nez.

Le papillome du naso-pharynx est une tumeur rare; sur 120 cas réunis par Bensels, il n'en est pas mentionné d'exemple. La dégénérescence papillomateuse de l'extrémité postérieure du cornet inférieur est loin d'être rare, mais elle n'atteint que très exceptionnellement pareil volume.

Jurasz a publié un cas analogue où cependant le volume de la tumeur était bien moindre; cette tumeur avait déterminé des crises d'asthme qui disparurent dès qu'elle eut été enlevée.

Le procédé opératoire est simple et S. l'a appliqué avec succès aux fibromes durs.

PAUL TISSIER.

Sur la question de l'opération des tumeurs du rétropharynx, par F. Kijewski et W. Wroblewski. (Archiv. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. II, Hft. I, p. 78, 4894).

Les tumeurs du rétropharynx doivent être opérées le plutôt possible. L'ablation des polypes fibreux doit être radicale, leur base d'implantation doit être détruite complètement; il faut toujours alors tenir compte des déformations et des troubles fonctionnels.

Les polypes peuvent être enlevés radicalement, sans opération préliminaire, par des méthodes simples, à l'aide de la pince ou de l'anse froide ou galvanocaustique, mais les débris du pédicule seront ensuite excisés et cautérisés avec soin, en s'aidant du contrôle de l'œil et du doigt.

Après l'opération par les procédés simples, le siège du mal sera examiné à différents intervalles avec le doigt et au rhinoscope afin de pouvoir extirper de bonne heure tous les points douteux.

Dans le cas de polypes fibreux, on sera obligé de recourir à une opération préliminaire, lorsque ceux-ci ont contracté des adhérences avec les parois, ont pénétré dans les cavités voisines, ont détruit les os voisins et enfin aussi dans les cas où, en raison du développement des vaisseaux, de violentes hémorrhagies sont à redouter.

Le choix de l'opération préliminaire sera guidé par la notion du point de départ de la lésion et de ses prolongements.

Lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes la première indication est l'ablation totale et, dans ces cas, il ne faut pas reculer devant les opérations qui nécessitent les plus grands délabrements.

PAUL TISSIER.

# IV. - LARYNX ET TRACHÉE

Les cartilages cunéiformes du larynx n'ont pas été découverts par Wrisberg et ne doivent pas porter son nom, par B. Frankel. (Archiv. für Laryng. u. Rhin. Bd. II, Hft. 2, p. 274, 1894).

Réclamation posthume de priorité comme l'indique le soustitre de ce mémoire.

Avant Wrisberg les cartilages en question ont été décrits et représentés par Morgagni; ils ont été ensuite étudiés et figurés avec précision par Peter Camper.

A qui les attribuer? à personne, répond Fränkel; contentonsnous de dépouiller Wrisberg et appelons les cartilages « cunéiformes » ce qui ne préjuge rien et suffit. Heureusement que Morgagni et Camper dorment depuis longtemps leur ultimme sommeil.

PAUL TISSIER.

Sur les noyaux et les racines du nerf accessoire et du nerf vague et sur leurs rapports réciproques. Contribution à l'étude de l'innervation du larynx, par Grabower. (Archiv. für Laryng. Rhin. Bd. II, Hft 22, p. 143, 1894).

Des recherches antérieures G. a été amené à conclure que le nerf accessoire n'a rien à voir dans l'innervation du larynx et que l'innervation du larynx dépend des racines inférieures (4-6) du nerf vague, racines qu'il serait puéril de vouloir considérer comme les racines supérieures du spinal. Grosmann est arrivé aux mêmes conclusions.

L'objection capitale faite à cette opinion est que peu importent les racines, que seuls sont à étudier les centres; or, le noyau du vague et celui du spinal sont habituellement considérés comme confondus et on parle couramment du noyau ou noyau commun du vague et de l'accessoire.

Pour résoudre la question G. a pratiqué des coupes en série de la moelle et du bulbe chez l'homme adulte.

Il en résulte que l'accessoire est un nerf purement spinal et qu'il n'existe pas d'accessoire cérébral. Car le noyau de l'accessoire n'existe plus longtemps avant la fin de l'entrecroisement des pyramides. Il s'arrête vers le milieu de l'entrecroisement et, au point où commence un nerf véritablement cérébral, l'hypoglosse, il n'y a plus aucune indication du noyau de l'accessoire. Ce noyau siège dans la corne antérieure de la moelle, dans sa partie dorsale, et aussi dans sa partie médiane.

Les fibres radiculaires de l'accessoire qu'on peut suivre aussi facilement n'existent plus avant que l'entrecroisement des pyramides soit complet.

Le noyau moteur du vague commence longtemps après que le noyau de l'accessoire et ses fibres radiculaires ont disparu, de telle sorte qu'il n'existe aucune connexion entre les deux nerfs. Le noyau moteur du nerf vague est constitué vraisemblablement par un des noyaux, coupés par l'entrecroisement des fibres, les cornes antérieures et, du côté du cerveau, le noyau moteur du vague se continue avec le noyau du facial. Les noyaux sensible et moteur du vague sont réunis constamment par des fibres nerveuses à myéline.

Le noyau moteur du vague est sans doute le noyau bulbaire de l'innervation motrice du larynx.

Un autre argument, celui-là clinique, est tiré de l'association fréquente de la paralysie d'une corde vocale et de celle du sterno-cléido-mastoïdien innervé par le spinal. Cette association tient uniquement à ce que, dans le trou jugulaire, le spinal et le vague étant étroitement unis dans la même gaine, et s'envoyant souvent des filets, les processus dégénératifs de l'un s'étendent facilement à l'autre.

Cette réunion des deux nerfs au niveau du trou jugulaire enlève toute valeur aux expériences dans lesquelles la section des filets nerveux a été portée à la sortie de ce trou, puisque, dans chacun des trous qui en sortent, il y a le plus souvent des filets de l'autre.

Sur un muscle thyroidien transverse, par H. Neumayer. (Monatschr. für Ohrenheilk., nº 10, p. 307, octobre 1894).

Il désigne sous le nom de muscle thyroïdien transverse un muscle extérieur du larynx, s'insérant au bord inférieur du cartilage thyroïde en dedans du muscle crico-thyroïdien; muscle dont le second point d'attache est aussi sur le cartilage cricolde.

Ce muscle est pair ou impair. La variété impaire la plus rare a été d'abord signalée par Escherich chez un singe (Hylobates albiprores); le muscle était représenté par un petit faisceau transversal réunissant les bords inférieurs des deux lames du cartilage thyroïde. W. Gruber l'a trouvé une fois chez l'homme.

Le type pair décrit par Luschka et Gruber est le même muscle à l'état rudimentaire ; l'insertion latérale reste la même, l'insertion médiane se fait sur la partie médiane du cartilage thyroide.

W. Gruber a trouvé le muscle thyroidien dans 3,15  $^{\rm 0}/_{\rm 0}$  des cas et Fürbringer dans 6  $^{\rm 0}/_{\rm 0}$  (une moitié du muscle manque sou-

vent).

N. a étudié le type impair chez la vache. Il l'a trouvé dans  $40~^{\rm o}/_{\rm o}$  des larynx examinés. Il a toujours vu le type impair. Le muscle est innervé par la branche externe du laryngé supérieur.

Il s'unit avec le muscle laryngo-pharyngien, ce qui fait penser qu'il représente le reste d'un anneau musculaire entourant à la fois le larynx et le pharynx (constriction du larynx décrit par Henle chez certains animaux).

De l'influence de l'ovariotomie sur la voix de la femme, par J. Moure. (La voix parlée et chantée, n° 55,p. 217, juillet 1894.)

Les troubles vocaux survenant chez l'homme après la castration sont signalés depuis longtemps; ils consistent dans une élévation de la hauteur vocale, dont le timbre devient eunuchoïde. Moins connues sont les modifications de la voix après l'extirpation des ovaires; deux observations personnelles permettent à M. de conclure que chez la femme encore jeune, dans quelques cas, cette opération semble avoir pour effet d'abaisser la tonalité de la voix : effet inverse de ce qui se produit chez l'homme. La voix est plus grave et plus forte : il semble à la malade qu'elle soit enrouée. Les notes élevées se perdent; les soprani deviennent des mezzi-soprani.

Carcinome de l'épiglotte, par Rosenbaum. (Réunion libre des chirurgiens de Berlin, 8 août 1894).

Il s'agit d'un homme de 64 ans, dont la déglutition et la phonation devinrent douloureuses. Les douleurs augmentèrent au point que le malade ne pouvait plus rien avaler et parlait d'une voix éteinte. L'examen laryngoscopique montra une épiglotte transformée en une masse dure qui avait envahi le ligament ary-épiglottique. Une parcelle de tumeur, fut enlevée et soumise à l'examen histologique qui montra qu'on était en présence d'un carcinome. On pratiqua l'extirpation de l'épiglotte après pha-

ryngotomie externe et trachéotomie préalable: guérison du malade sans que l'absence de l'épiglotte provoquât la pénétration des aliments dans le larynx.

Spasmes partiels du larynx et du pharynx, par M. Scheinmann (Communication à la Société de médecine interne de Berlin, juin 1894.)

Il s'agit d'un malade âgé de 40 ans qui, à la suite d'une attaque d'apoplexie, fut atteint d'hémiplégie gauche. A la suite de cet accident le larynx et le pharynx du côté gauche présentèrent un spasme qui se reproduit 160 fois à la minute et qui siège dans les muscles du pharynx, du voile du palais et dans la corde vocale gauche.

Au début on crut pouvoir attribuer le spasme à une ulcération de la paroi pharyngienne gauche. Mais cette ulcération a guéri et les accidents ont persisté; il s'agit donc d'une cause siégeant dans le système nerveux central.

Eulenburg placerait la lésion dans la circonvolution frontale ascendante, mais il doit exister des points de ramollissement dans le bulbe.

Gerhardt, se basant sur les travaux de Semon et Horsley, pense qu'il faut admettre dans ce cas une lésion corticale.

F. HELME.

Du spasme de la glotte et de la tétanie chez les enfants, par Pietro Masucci. (Arch. ital. di pediatr., fasc. 4, 1894).

L'auteur fait une courte revue des travaux les plus autorisés qui établissent les rapports du rachitisme avec le spasme de la glotte et la tétanie; il se range à l'avis de Kassowitz en considérant les phénomènes spasmodiques non point comme le résultat direct du craniotabes, de la compression, mais comme une conséquence de l'hyperexcitabilité des centres nerveux, causée par la vascularisation exagérée du tissu ostéogène du crâne rachitique. Voici la statistique personnelle de l'auteur. Enfants atteints de spasme de la glotte : 20; rachitiques à des degrés divers : 16, tous atteints de craniotabes plus ou moins prononcé et la grande fontanelle a toujours été trouvée non ossifiée, l'âge des enfants variant de 6 à 48 mois; le spasme de la glotte se présentait seul, 6 fois; laryngospasme, phénomène de Trousseau et phénomène du facial : 3 fois; laryngospasme avec tétanie

spontanée, phénomène du facial et de Trousseau : 4 fois ; avec tétanie et phénomène de Trousseau seul : 4 fois ; enfin laryngospasme avec phénomène de Trousseau seul : 1 fois.

M. N. W.

Un cas de paralysie du récurrent droit consécutive à un anévrysme de l'artère sous clavière droite, par EDMOND MEYER (Archiv. für Laryng. u. Rhin. Bd. II, Hft. 2, p. 263, 1894).

Les paralysies du récurrent droit sont plus rares que celles du récurrent gauche et les paralysies du récurrent droit provoquées par un anévrysme (anévrysme de l'artère sous-clavière et de la carotide) sont d'une extrême rareté; on en trouve cependant quelques observations dans la littérature médicale, où un très gros anévrysme de l'arc aortique détermine une paralysie bilatérale, mais M.n'a trouvé d'autres observations d'un anévrysme de la sous-clavière ayant causé une paralysie droite, que celles de Porter et de Thin. Dans la première, la corde était en situation médiane, dans la seconde, en situation cadavérique comme chez le malade de M.

A noter encore la constatation de fortes pulsations au niveau du pharynx, faisant immédiatement songer à l'anévrysme.

Les pulsations du pharynx se présentent de façons différentes. Tantôt il s'agit d'un vaisseau de la grosseur d'une plume de corbeau qui bat en arrière du pilier postérieur (artère pharyngée ascendante).

Tantôt on voit une pulsation en quelque sorte plus ample, due à la carotide anormalement située.

Dans le cas de M. il ne s'agissait ni de l'une, ni de l'autre variété de pulsations; la pulsation était beaucoup plus ample et plus forte, telle que pouvait seul la donner un sac anévrysmal situé sous la muqueuse, ce qui était le cas.

Anatomie et histologie pathologiques du sclérome, par E. M. Ste-Panow (Monatschr. für Ohrenheilk., n° 7 et 8, p. 205 et 244, juillet et août 1894).

La spécificité des affections scléromateuses du larynx, de la trachée et des bronches, est aujourd'hui établie d'une façon définitive (Bandler, Juffinger, Stepanow), grâce aux recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques.

En même temps se trouve élucidée la question des rapports

entre le sclérome et la blennorrhée de Störk, question déjà soulevée et résolue dans le bon sens par Gangofner. Juffiinger et S. ont en même temps, et indépendamment l'un de l'autre, démontré, par leurs recherches anatomo-pathologiques, que les cas les plus typiques de blennorrhée de Störk étaient des cas de sclérome des voies respiratoires.

Bien que d'après Juffinger le sclérome puisse se développer en un point quelconque des voies respiratoires, il se montre cependant, le plus souvent, sur certains points: 1° sur la partie cartilagineuse, où il est généralement admis que débute la lésion nasale; 2° dans le cavum naso-pharyngé; 3° dans la partie sous-ligamenteuse du larynx et ensin, d'après Juffinger, sur le bord libre du voite du palais.

Jusqu'à ces derniers temps, on ne sut pas exactement le point de départ exact de la lésion dans les fosses nasales; d'après les recherches de J. le processus débute au voisinage de l'union du nez cartilagineux avec le nez osseux et sur le segment correspondant de la cloison cartilagineuse.

Dans le naso-pharynx, le bord postérieur de la cloison et des choanes joue le même rôle. L'opinion que le tissu adénoïde de la région est un terrain favorable au développement de la maladie (Mikulicz, Juffinger) est difficilement soutenable: les amygdales pharyngées, palatines et linguales, sont rarement touchées et S. a trouvé le tissu adénoïde du pharynx indemne.

Les causes de la localisation du sclérome sur certains points sont: 1° leur étroitesse; 2° le changement de nature de l'épithélium; 3° la fréquence de leurs irritations mécaniques.

L'étude des lésions des fosses nasales est moins avancée que celle des lésions du pharynx et surtout du larynx; elle n'a été faite que par Gangofner, Chiari, Pellizzari et Juffinger et encore d'après l'examen in visu, en l'analyse microscopique de fragments réséqués.

S. a examiné avec soin les fosses nasales de deux malades, dont il relate en détail l'histoire (voir à l'original).

Entre les lésions de la partie antérieure du nez et celles de la partie postérieure et du cavum pharyngé, il n'y a pas habituellement de relation anatomique, le sclérome se montrant en foyers isolés; il n'y a donc pas propagation par continuité du pharynx vers le nez, ni de celui-ci vers celui-là.

La lésion histologique débute sous l'épithélium dans la couche la plus superficielle de la muqueuse. Le présence des cellules de Mickulicz dans l'épithélium lui même, milite en faveur de l'opinion qui place, en certains cas, dans la couche épithéliale le point de départ du développement de la maladie, et admet qu'il n'est point nécessaire, pour que l'infection se réalise, d'une solution de continuité de l'épithélium.

Les lésions du cavum pharyngo-nasal et principalement de la partie supérieure du voile du palais, présentent également l'aspect d'une infiltration superficielle, diffuse, sous-épithéliale. Les prolongements vers la profondeur correspondent aux conduits excréteurs des glandes.

L'épaisseur du voile et sa surface inférieure furent trouvées intactes, mais l'infiltration s'étend jusqu'à la limite de la cou-

che glandulaire supérieure.

Le tissu conjonctif intra-acineux des glandes est un terrain particulièrement favorable à l'extension des infiltrations scléromateuses, et comme les couches glandulaires supérieures et inférieures représentent une bonne partie de l'épaisseur du voile, il n'est pas invraisemblable que, peut-être, quelques cas avec altérations marquées dans la forme et la constitution du voile s'expliquent par infiltrations scléromateuses et la substitution aux glandes de tissu cicatriciel.

Les lésions du larynx se distinguent de celles du nez par ce fait que l'infiltration se divise en deux couches, l'une superficielle, l'autre profonde, répondant aux glandes.

Cette différence tient à ce que les glandes dans la région sous-ligamenteuse du larynx sont beaucoup plus éloignées de la surface qu'au niveau de la muqueuse nasale.

Ici aussi, le processus commence très vraisemblablement dans la couche sous-épithéliale et envahit la profondeur en suivant les conduits excréteurs glandulaires jusqu'au tissu conjonctif intra-acineux où le terrain est encore mieux approprié que celui de la couche sous-épithéliale pour le développement ultérieur du processus. Dès qu'il s'est produit au voisinage d'une glande un noyau d'infiltration, celle-ci s'étend par continuité aux parties voisines bien plus rapidement qu'au niveau de la couche sous épithéliale. Il en résulte qu'on peut trouver une infiltration de la couche glandulaire en des points où la couche sous-épithéliale correspondante est saine (Juffinger).

Avec le temps, les deux couches d'infiltration se transforment progressivement en tissu conjonctif et il devient difficile ou impossible de les différencier; toute la muqueuse est remplacée par un tissu fibreux, dense, où l'on retrouve çà et là de petits foyers d'infiltration. Suffit-il, pour diagnostiquer le sclérome, d'en rechercher les bacilles dans un fragment excisé (Paltauf)?

Non; la présence ou l'absence de bacilles dépend uniquement du stade de développement des lésions dans le fragment; la constatation des bacilles est souvent très difficile au niveau des lésions de date ancienne constituées surtout par du tissu fibreux avec quelques petits foyers d'infiltration.

Dans la couche épithéliale se forment des vacuoles qui contiennent parfois de nombreux bacilles. Ces vacuoles bacillifères représentent plutôt des cellules épithéliales que des leucocytes migrants altérés.

C'est dans les grosses cellules de Mikulicz que se trouvent, en général les bacilles du sclérome. Ces cellules, examinées au début, ne sont que le résultat du développement des bacilles dans une cellule ronde; il en résulte une augmentation du protoplasma ou la formation d'un vacuole.

Les corps hyalins, de fréquence assez variable, se retrouvant dans d'autres processus, sont moins caractéristiques.

PAUL TISSIER.

Contribution à l'étude de la lèpre du larynx. Deux nouveaux cas de lèpre du larynx, par PAUL BERGENGRUN (Archiv. fur Laryng. u. Rhin. Bd. II, Hft. I, p. 45, 4894, et Bd. II, Hft, II, p. 250, 4894).

De l'étude de neuf larynx, B. déduit les conclusions suivantes: dans tous les cas, l'épiglotte fut trouvée atteinte; son revêtement muqueux présente, avec un épaississement diffus, des nodules. L'opercule prend une forme et une situation tout à fait caractéristique. Fortement rabattu en arrière, il est plus ou moins comprimé latéralement. Cela est dû, pour une part, à la sclérose nodulaire et à l'épaississement très marqué de la muqueuse au niveau de la surface linguale de l'épiglotte et, d'autre part surtout, dans la lésion constante des ligaments ary-épiglottiques qui sont toujours plus ou moins épaissis, rigides, raccourcis et comme rétractés ou bien encore se confondent totalement dans les masses néoplasiques qui siégent sur l'épiglotte.

Les bandes ventriculaires et les cordes vocales sont toujours atteintes; le plus souvent on y voit des nodules très nets, ou bien, lorsque ceux ci manquent, une tuméfaction plus ou moins marquée, qui, au niveau des cordes vocales, siège surtout à la région du processus vocal.

La muqueuse sous-glottique est épaissie d'une façon diffuse et présente cà et là des nodules.

Très constante se montre une disposition spéciale : élargissement marqué des orifices glandulaires et tuméfaction très marquée des tissus environnants.

Le cartilage cricoïde parut toujours sain à l'œil nu: pas de traces de foyers de ramollissement ou d'autres lésions destructives. Par contre, on nota habituellement une périchondrite assez intense. L'épaississement du périoste était, dans certains cas, très considérable.

Intubation ayant duré 436 heures presque consécutives, par M. Gallatti (Communication au club médical de Vienne, juillet 1894).

Il s'agit d'un enfant de 20 mois, qui, après la guérison d'une angine diphthérique, fut soudain pris d'accès de suffocation que Galatti attribue à un brusque rétrécissement de la glotte. On pratiqua l'intubation, au bout de 96 heures le tube fut enlevé, mais, après 30 minutes, on dut le replacer. La seconde fois il resta 40 heures, on l'enleva 3 heures 1/2, puis on le replaça pendant 46 heures et on put l'enlever pendant 30 heures. L'auteur donne le tableau des périodes d'intubation avec l'indication de la durée des intervalles pendant lesquels la glotte fut laissée libre.

Le tube est resté dans le larynx 436 heures en tout ; il a été mis 10 fois en place sans difficultés ; 5 fois il a été retiré par le médecin, 5 fois il a été rejeté par l'enfant.

M. Galatti suppose que l'obstacle à la respiration tenait à du croup consécutif à la diphthérie du pharynx; mais il ne s'explique pas pour quel motif il était impossible de renoncer à l'intubation, l'examen endo-laryngien n'ayant pu être pratiqué.

Au bout de 300 heures on parla de recourir à la trachéotomie, la mère s'opposa absolument à l'opération. Pas de flèvre pendant l'intubation, pas de signes d'irritation des voies supérieures, ni de catarrhe.

M. ZAPPERT, répondant à M. Galatti, s'étonne que l'enfant ait pu conserver le tube si longtemps sans avoir une pneumonie complication qui paraît se montrer plus volontiers à la suite de l'intubation qu'à la suite de la trachéotomie. Comment n'y a-t-il pas eu des eschares, alors que lui a vu un cas où elles se sont rapidement produites. On dut dans ce cas recourir, mais trop tard, à la trachéotomie.

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

#### ANGLETERRE.

### Pharynx et Varia.

H. W. Cuningham. Myxœdème associé au goltre (Brit. med. journ., 10 décembre 1892).

Kingston Fox. Myxædème. (Hunterian soc. 23 novembre; in Brit. med. journ., 10 décembre 1892).

Wardrop Griffith. Dilatation fusiforme de l'œsophage. (Leeds and West Riding med. chir. soc., 18 novembre; in *Brit. med. journ.*, 10 décembre 1892).

Pye-Smith. Excision de la langue. (Sheffield med. chir. soc., 24 novembre ; in Brit. med. journ., 10 décembre 1892).

W. T. Haywatd. ThyroIdectomie (Austral. med. gaz., septembre 1892).

R. M. Horne. De l'état des vaisseaux sanguins dans le goître (Lancet., 26 novembre 1892).

A. Barron. Deux cas de myxædème traités par des injections thyroïdiennes (Brit. med. journ., 24 décembre 1892).

C. F. Readles. Un cas de myxœdème traité par l'injection souscutanée ((Brit. med. journ., 24 décembre 1892).

V. H. W. Wingrave. Ulcère de la langue (Pathol. soc. of London, 20 décembre; in Brit. med. Journ., 24 décembre 1892).

G. E. Hale. Quatre cas de myxædème traités par des injections d'extrait thyroIdien (Brit. med. journ., 31 décembre 1892).

Hunter. Myxœdème (Nottingham med. chir. soc., 14 décembre ; in Brit. med. journ., 31 décembre 1892).

 Walker Downie. Cas dans lequel un morceau de noix enclavé dans la bronche droite fut enlevé au moyen d'une opération (Glasgow med. journ., janvier 1893).

J. G. G. Corkhill. Myxædème avec hypertrophie thyroldienne traité par les injections sous-cutanées d'extrait thyroldien; guérison (Brit. med. journ., 7 janvier 1893).

E. Creswell Baber. Alimentation au moyen de glandes thyroïdes fraiches dans le myxœdème (Brit. med. journ., 7 janvier 1893).

W. Robinson. Myxœdème associé au goître (Brit. med. journ., 7 janvier 1893).

J. L. Gibson.La fonction de la glande thyroïde avec l'observation, d'un cas de greffe thyroïdienne (Brit. med. journ., 14 janvier 1893).

R. A. Lundie. Un cas de myxædème traité par l'extrait thyroïdien et l'alimentation thyroïdienne (Brit. med. journ., 14 janvier 1893).

Foxwell. Hypertrophie de la glande thyroïde (Midland med. soc., 7 décembre 1892; in Brit. med. journ., 14 janvier 1893).

Coup d'œil rétrospectif sur les maladies du pharynx, du larynx, du nez et de l'oreille pendant l'année 1892 (Journ. of lar. rhin. and otol., janvier 1893).

W. Milligan. Affection maligne de l'amygdale (Brit. lar. and rhin. ass, 9 décembre 1892; in Journ. of lar. rhin. and otol., janvier 1893).

Dundas Grant. Paralysie post-diphtéritique des ptérygoldiens externes et d'autres muscles de mastication (Brit. lar. and rhin. ass., 9 décembre; in Journ. of lar. rhin. and otol., janvier 1893).

Lennox Browne. Paralysie palatine, probablement consécutive à une rhinite diphtéritique (Brit. lar. and rhin. ass., 9 décembre 1892; in Journ. of lar. rhin. and otol., janvier 1893).

C. Holmann. Myxœdème traité par l'alimentation thyroïdienne, (Brit. med. journ., 21 janvier 1893).

Pye-Smith. Hypertrophie thyroïdienne congénitale (Sheffield med. chir. soc., 12 janvier; in Brit. med. journ., 28 janvier 1893).

R. W. Briggs. La fonction de la glande thyroïde et ses rapports avec la maladie (Royal med. soc., 16 décembre 1892; in Edinburgh med. journ., février 1893)

Bowerman. Cancer de la bouche, de la langue et de l'œsophage, (Birmingham med. review, décembre 1892).

Marsh. Accident syphilitique primitif de l'amygdale (Midland med. soc., 18 janvier; in Brit. med. journ., 4 février 1893).

Eddison. Hémorrhagie mortelle produite par des varices des veines cesophagiennes (Leeds and West Riding med. chir. soc, 13 janvier; in Brit. med. journ, 4 février 1893).

M' Call Anderson. Sur le traitement du myxœdème (Glasgow med. chir. soc., 16 décembre 1892; in Glasgow med. journ., février 1893).

E. White. Une nouvelle préparation de la glande thyroïde pour le traitement du myxœdème (Brit. med. journ., 11 février 1893).

E. Draispul. Un cas d'épithélioma de la langue, traité avec succès par l'électrolyse (Journ. of lar. rhin. and otol., février 1893).

W. M. Abbot-Anderson. Un cas de myxœdème chez l'adulte, consécutif au bronchocèle chez l'enfant, traité avec succès par les injections hypodermiques de suc thyroïdien, et par l'alimentation par des glandes thyroïdes de mouton; avec des notes sur le traitement de l'obésité et de la chlorose (Journ. of lar. rhin. and otol., février 1893).

Dundas Grant. Méthode pour faire tenir les malades assis dans les opérations pratiquées sans anesthésie (Journ. of lar. rhin. and otol., février 1893).

J. Bark. Ouvre-bouche (Journ. of lar. rhin. and otol., février 1893).

R. D. R. Sweding. Diphtérie consécutive à la scarlatine; analyse statistique (Epidem. soc., 15 février; in *Brit. med. journ.*, 11 mars 4893)

Leah. Cas de macroglossie (Brit. med. journ., 18 mars 1893).

R. Johnson. Lympho-sarcôme de l'amygdale (Clin. soc. of London, 10 mars; Brit. med. journ., 18 mars 1893).

Mules. Amygdalite rhumatismale (Manchester med. soc. 1er mars, in Brit. med. journ., 18 mars 1893).

G. Hunter Mackenzie. 230 amygdalotomies (Brit. med. journ., 25 mars 1893).

A. M. C. Culloch. Inflammation idiopathique de la langue (Brit. med. journ., 25 mars 1893).

N. S. Manning. Eruptions cutanées se manifestant au cours de la septicémie consécutive à la scarlatine et à la diphtérie (Brit. med. journ., 1er avril 1893).

Marsh. Thyroïdectomie (Midland med. soc., 22 février; in Brit. med. journ., 1er avril 1893).

D. C. Watson et Macaulay. Traitement du myxœdème par l'alimentation thyroidienne (Royal med. soc., 24 février; in Edinburgh med. journ., avril 1893).

J. P. Henry. Un cas de myxœdème guéri par l'extrait thyroïdien (Brit. med. journ., 8 avril 1893).

B. J. Dee Shapland. Traitement du myxœdème par l'alimentation au moyen de la glande thyroïde du mouton (Brit. med. journ., 8 avril 1893).

C. E. Shelly. Eruption vésiculaire sur le palais; un signe d'influenza (Brit. med. journ., 15 avril 1893).

J. Hawtrey Benson. Cas de myxœdème existant depuis longtemps, traité par l'administration d'extrait thyroïdien par la bouche (Brit. med. journ., 15 avril 1893).

H. Williams. Maladie de Graves et myxœdème (Nottingham med. chir. soc., 5 avril ; in Brit. med. journ., 15 avril 1893).

Cocking et J. L. Owen. Myxedème (Sheffield med. chir. soc., 23 mars; in Brit. med. journ., 15 avril 1893).

Kerr. Développement de la maladie de Graves (Bradford med. chir. soc., 7 avril; in Brit. med. journ., 15 avril 1893).

P. Rhys Griffiths. Diphtérie et immunité (Brit. med. journ., 22 avril 1393).

M. Eustace. Trois cas d'affections vénériennes (Brit. med. journ., 22 avril 1893).

Lennox Browne. Un cas de lupus du palais, de la langue, du larynx et du nez (Brit. ler. and rhin. ass., 10 mars; in Journ. of lar. rhin. and otol., avril 1893.

Dundas Grant et Wyatt Wingrave. Cas de pharyngo-mycose (Brit. lac. and rhin. ass., 10 mars; in Journ. of lar. rhin. and otol., avril 1893).

Byron Bramwell. Les caractères cliniques du myxœdème (Edinburgh med. journ., mai 1893).

R. A. Lundie. Traitement du myxœdème (Edinburgh med. journ., mai 1893).

G. H. Melville Dunlop. Six cas de myxœdème traités par l'alimentation thyroidienne (Edinburgh med. journ., mai 1893).

- J. Thomson. Note sur un cas de myxœdème où le malade mourut peu de temps après avoir commencé le traitement thyroïdien (Edinburgh med journ., mai 1893).
- W. W. Ireland. Du crétinisme sporadique (Edinburgh med. journ., mai 1893).
- J. Thomson. Un cas de crétinisme sporadique traité par l'alimentation thyroïdienne (Edinburgh med. journ., mai 1893).

Greenfield. Pathologie et anatomie pathologique du myxædème (Med. chir. soc. of Edinburgh, 15 février; in Edinburgh med. journ., mai 1893).

Butlin. Extraction d'une poche compriment l'esophage (Royal med. and chir. soc., 25 avril ; in Brit. med. journ., 29 avril 1893).

Christopher Heath. Méthode d'ablation de la langue sans effusion de sang (Chir. soc. of London, 28 avril; in Brit. med. journ., 6 mai 1893).

Saundby. Myxædème (Birmingham and Midland Counties Branch of the Brit. med. ass., 24 mars; in Brit. med. journ., 6 mai 1893).

- C. J. B. Johnson, Myxædème (Midland med. soc., 22 mars; in Brit. med. journ., 8 mai 1893).
- E. Jessop. Hémorrhagie secondaire après l'ablation des amygdales (Brit. med. journ., 3 juin 1893).
- De Havilland Hall. 1. Syphilis héréditaire. II. Syphilis de l'amygdale (Lar. soc. of London, 12 avril; in Journ. of lar. rhin. and otol., juin 1893).
- T. V. Fitzpatrick. Un cas de sarcôme alvéolaire du voile du palais (Journ. of lar. rhin. and otol., juin 1893).
- F. Semon. Affection maligne de la glande thyroïde (Royal. med. and chir, soc., 13 juin; in Brit, med. journ., 17 juin 1893).
- J. Macintyre. Cas de tumeurs récurrentes de la région du maxillaire supérieure, avec considérations spéciales sur le diagnostic différentiel (Journ. of lur. rhin. and otol., juillet 1893).

Cresswell Baber. I. Cicatrice du pharynx. — II. Myxodème traité par l'alimentation au moyen de la glande thyroïde fraiche (Lar. soc. of London, 10 mai; in Journ. of lar. rhin. and otol., juillet 1893).

Clifford Beale. Affection syphilitique du pharynx et du larynx chez un tuberculeux (Lar. soc. of London, 10 mai; in Journ. of lar. rhin. and otol., juillet 1898).

F. Semon. Hémiplégie droite; paralysie de la moitié droite du voile du palais et parésie de l'abducteur de la corde vocale droite, cette dernière d'origine non corticale certaine (Lar. soc° of London, 10 mai; in Journ. of lar. rhin. and otol., juillet 1893).

Scanes Spicer. Induration chronique du pharynx (Lar. soc. of London, 10 mai; in Journ. of lar. rhin. and otol., juillet 1893).

W. M. Ord. Remarques cliniques sur certaines modifications observées dans l'urine dans les cas de myxædème après l'administration d'extrait thyroïdien glycériné (Brit. med. journ., 29 juillet 1893).

Chavasse. Pharyngotomie latérale, comme méthode de traitement des affections malignes des amygdales (Lancet, 10 juin 1893).

Gann. Rupture d'un abcès amygdalien dans le laryax, ayant causé la suffocation (Lancet, 24 juin 1893).

H. T. Beverley. Un cas de spasme du pharynx (Dublin journ. of med. sciences, juillet 1893).

H. C. Marr. Un cas de myxœdème accompagné de folie, traité par l'alimentation thyroïdienne et l'extrait thyroïdien (Glasgow med. journ., avril 1893).

Brown Kelly. Cas de pharyngo-mycosis leptothricia (Glasgow Path. and clin. soc., 10 avril; in Glasgow med. journ., août 1893).

Lennox Browne. Le temps sec et les affections de la gorge (Journ. of lar, rhin. and otol., août 1893).

Norris Wolfenden. I. Suites d'un sarcôme de l'amygdale. II. Lupus de la bouche, du pharynx et du larynx, accompagné de tuberculose pulmonaire (Brit. lar. and rhin. ass., Londres. 30 juin ; in Journ. of lar. rhin. and. otol., août 1893).

Macintyre. Affections malignes de l'amygdale (Brit. lar. and rhin. ass., Londres, 30 juin; in (Journ. of lar. rhin. and otol., aoùt 1891).

E. E. Hill. Diphtérie et affections spécifiques de la gorge (Brit. med. journ., 19 août 1893).

Sidney Davies. Causes de l'augmentation de la diphtérie dans les districts urbains (Brit. med. journ., 19 août 1893).

W. Rose. Leçon clinique sur la division du voile du palais et sur son traitement (The olin. journ., 16 août 1893).

A. C. Miller. Cas de myxœdème traité par l'alimentation thyroïdienne (Edinburgh med. journ., septembre 1893).

W. Allison M' Lachlan. Quelques recherches sur la diphtérie de 1874 à 1893 (Glasgow med. journ., septembre 1893).

J. Adam. Deux cas de myxœdème traités par l'alimentation thyroïdienne (Glasgow med. journ., septembre 1893).

S. Lodge. Un cas d'œsophagite chronique (Journ. of lar. rhin. and otol., septembre 1893'.

A. Conning Hartley. Alimentation thyroïdienne dans certaines affections cutanées (Brit. med. journ., 30 septembre 1893).

Grainger Stewart et G. A. Gibson. Notes sur quelques symptômes pathologiques dans trois cas mortels de maladie de Graves (Brit. med. journ., 23 septembre 1893).

V. Horsley, O. Lanz, J. Thomson, G. R. Murray. Discussion sur la pathologie de la glande thyroïde (Brit. med. journ., 23 septembre 1893).

H. Bronner. Myxœdème (Bradford med. chir. soc., 3 octobre; in Brit. med. journ., 14 octobre 1893).

J. Brunton. Nouvel amygdalotome (Brit. med. journ., 21 octobre 1893).

Byrom Bramwell. Traitement du psoriasis par l'administration interne d'extrait thyroïdien (Brit. med. journ., 28 octobre 1893).

K. N. Mac Donald. Quel est le meilleur traitement de la diphtérie? (Edinburgh med. journ., novembre 1893).

Sir William Jenner. Leçons et essais sur les fièvres et la diphtérie, de 1849 à 1879 (Rivington, Perceval and Co, éditeurs, Londres, 1893).

C. O. Hawthorne. Cas de paralysie diphthérique sans affection de gorge préexistante (Glasgow med. journ., novembre 1893).

A. G. Hobb. Appareil électrique le plus simple et le plus pratique pour les opérations galvano-caustiques (Journ. of lar. rhin. and otol., novembre 1893).

T. H. Hamilton. Hypertrophie de l'amygdale linguale (Austral. med. Congress Sidney, 1892; in Journ. of lar. rhin. and otol., novembre 1893).

Lennox Browne. Un nouveau couteau pour les amygdales (Brit, med. journ., 18 novembre 1893).

- T. Clifford Allbutt, T. Pridgin Teale, W. Knight Treves, J. R. Godlee, Howard Marsh, W. E. Asbley, Cumming, W. Thomas, C. H. Milburn, Noble Smith, D. Arcy, Power, W. G. Black, T. Barlow. Discussion sur le traitement de l'hypertrophie des ganglions cervicaux (*Brit. med journ.*, 25 novembre 1893).
- D. Wallace. Esophagotomie et gastrotomie pour l'extraction d'une pièce dentaire garnie de cinq dents (Med. chir. soc. of Edipburgh, 1er novembre; in Edinburgh med. journ., décembre 1893).
- T. Annandale. Leçon clinique sur le bec de lièvre et le palais fendu (Brit. med. journ., 2 décembre 1893).
- D. Owen. Alimentation thyroïdienne dans le goître exophthalmique (Brit. med. journ., 2 décembre 1893).
- W. S. Greenfield. Leçon sur quelques affections de la glande thyroïde (Brit. med. journ., 9 décembre 1893).
- A. F. Voelker. Anévrysme de l'aorte thoracique a'ouvrant dans l'œsophage (Pathol. soc. of London, 5 décembre; in *Brit. med. journ.*, 9 décembre 1893).
- W. M. Ord et E. White. Urine dans le myxœdème traitée par trait thyroïdien (Clin. soc. of London, 24 novembre; in Brit. med. journ., 2 décembre 1893).

Owen. Crétinisme sporadique (Manchester med. soc., 15 novembre; in Brit. med. journ., 9 décembre 1893).

- Lunn. Crétinisme traité par l'extrait thyroïdien (Med. soc. of London, 27 novembre ; in *Brit. med. journ.*, 9 décembre 1893).
- A. Davies. Traitement thyroïdien dans le myxœdème et les affections cutanées (Hunterian soc., 25 octobre; in Brit. med. journ., 9 décembre 1893).
- G. B. White. I. Pseudo-diphthérie ou fausse membrane de la gorge. II. Un cas de sténose maligne de l'œsophage, siège inusité du rétrécissement (Journ. of lar. rhin. and otol., décembre 1893).
- J. A. Dick. Affection parasitaire du pharynx (Austr. med. Congress, Sydney, 1892; in Journ. of lar. rhin. and otol., décembre 1893).
- R. A. Bayliss. Diphthérie, trachéotomie; guérison; suivie de scarlatine, néphrite, mastoldite: guérison complète (*Brit. med. journ.*, 19 décembre 1893).
- J. A. Milne. Tumeur simple du palais causant une hémorrhagie buccale (Brit. med. journ., 23 décembre 1893).

Rolbston. Trois cas d'abcès du médiastin en rapport avec l'œsophage (Pathol. soc. of London, 19 décembre in Brit. med. journ., 23 décembre 1893).

Talfourd Jones. Traitement du psoriasis par l'extrait thyroïdien (Brit. med. journ., 30 décembre 1893).

Kirk. Cas de myxædème avec ædème récurrent aigu des lèvres, de la langue, du voile du palais, etc. (Glasgow obstr. and gyn. soc., 22 novembre 1893; in Glasgow med. journ., janvier 1894).

Byron Bramwell. Remarques cliniques sur un cas de crétinisme sporadique (Brit. med. journ., 6 janvier 1894).

T. F. Raven. Myxœdème traité par l'extrait thyroïdien (Brit med. journ., 6 janvier 1894).

Balmanno Squire. Traitement du psoriasis par l'extrait thyroldien (Brit. mod. journ., 6 janvier 1894).

T. Dreschfeld. Ostéome du maxillaire supérieur; épithélioma de la langue (Brit. med, journ., 13 janvier 1894).

P. Abraham. Cas d'affections cutanées traitées par l'extrait thyroidien (Med. soc. of London, 8 janvier; in Brit. med. journ., 13 janvier 1894).

Brooke. Alimentation thyroidienne dans le psoriasis (Manchester med. soc., 6 décembre 1893; in Brit. med. journ., 13 janvier 1894).

De Santi. Hémorrhagie consécutive à l'amygdalotomie (Lancet, 13 janvier 1894).

Washbourn. Observation d'inflammation membraneuse de la gorge pendant la scarlatine (Clin. soc. of London, 12 janvier; in Brit. med. journ., 19 janvier 1894).

J. Gordon. Traitement du psoriasis (syphilitique) par l'extrait thyroïdien (Brit, med. journ., 27 janvier 1894).

J. A. Coutts. Crétinisme sporadique (Brit. med. journ., 27 janvier 1894).

W. A. Greet. Vapeur acétique dans la diphthérie (Brit. med. journ., 27 janvier 1894).

F. Beach. Crétinisme sporadique (Hunterian soc., 10 janvier; in Brit med. journ., 27 janvier 1894).

J. Thomson. Nouvelles notes sur un cas de crétinisme sporadique traité par l'alimentation thyroïdienne (Edinburgh med. journ., février 1894).

Bramwell, I. Psoriasis traité par l'alimentation thyroïdienne, — II. Lupus amélioré par le traitement thyroïdien (Med. chir. soc. of Edinburgh, 20 décembre 1893; in Edinburgh med. journ., février 1894).

Kendal Franks. Rétrécissement fibreux de l'œsophage traité par la gastrotomie et la dilatation (Royal acad of med. in Iréland, 12 janvier; in Brit. med. journ., 3 février 1894).

A. K. Chalmers. Scarlatine et angine scarlatineuse, infection par le lait (Glasgow med journ., février 1894).

Mayo Collier. Cas de pseudo-aténose de l'œsophage avec cancer du foie (Brit. lar. and rhin. ass., 8 décembre 1893; in Journ. of lar. rhin. and otol., février 1894).

Readles. Traitement thyroldien de myxœdème (Lancet. 7 février 1894).

Hingston Fox. Un cas de maladie de Graves (Hunterian soc., 24 janvier; in Brit, med. journ., 24 février 1894).

C. G. Baümler Emploi du sublimé sulfureux en application locale dans la diphthérie 'Brit. med. journ., 3 mars 1894).

E. Casey. Nouveaux cas de diphthérie traités avec succès par l'application locale du sublimé sulfureux (Brit. med. journ., 3 mars 1894).

Dalziel. Adénome thyroidien kystique enlevé par une opération (Glasgow med. chir. soc., 24 novembre 1893; in Glasgow med. journ., mars 1894).

### NOUVELLES

Ordre du jour de la Société Viennoise de Laryngologie, séance du 14 février :

Présentation par RETHI. — Kystes du larynx, par Panzen. — Deux cas de guérison de tuberculose laryngée, par M. Hayrk. — Prolapsus du ventricule laryngien, par O. CHARI. — Lordose de la colonne cervicale et siénose laryngienne, prr H. Koscuren.

La Société Otologique de New-York vient de perdre un de ses membres, le D<sup>2</sup> J. Нвилт, décédé à New-York.

Le Dr G. Geronzi a été nommé aide de la Clinique Otologique de l'Université de Rome.

Dans le but de faire obtenir à la Rhino-Laryngologie la place qui lui est due parmi les branches spéciales de la médecine, le Dr Breagen veut publier un ouvrage sur son importance tant au point de vue général qu'au point de vue spécial; aussi serait il obligé à tous ses confrères qui auraient écrit sur ce sujet, de vouloir bien lui adresser leurs ouvrages en soulignant les passages qui pourraient l'intéresser. Advesse: Dr M. Bresgen, 36, Gaertnerweg à Francfort-sur-Main.

Dans sa séance du 8 février, l'Académie Royale de Médecine de Turis a nommé membres correspondants le Prof. A. Politzer, de Vienne, et le Dr A. Hartmann, de Berlin. Ce sont les premiers otologistes étrangers qui reçoivent cette distinction.

Le D' H. S. Walker a été nommé lecteur d'ophtalmologie et d'otologie à l'Ecole de Médeciae de Leeds.

#### IV. CONGRÉS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Le IV. Congrés international d'Otologie, réuni à Bruxelles en septembre 1888, avait choisi Florence comme siège de la prochaine réunion et formé un comité d'organisation local composé de MM. Grazzi, De Rossi, Gradenigo, Cozzolino, Bobone, Secchi, Bru-netti, Sapolini et Longhi; ces deux derniers étant décédés, le Comité a pourvu à leur remplacement en s'adjoignant les Dr. Avoledo, Cor-

radi, Ferreri et G. Masini.

Le Congrès se tiendra du 23 au 26 septembre et pour se conformer à une résolution prise à Rome au mois d'avril 1894, la Société Italenne d'Otologie, Laryngologie et Rhinologie se réunira également à Florence pour sa seconde session du 24 au 26 septembre, afin de don-ner à ses membres toute facilité de participer au Congrès Otologique. Nous donnons ci-dessous les noms des rapporteurs et les questions

qui seront traitées au Ve congrès d'Otologie. 1º Le traitement des abcès intra-crâniens à la suite des maladies pu-

rulentes de l'oreille, par T. Bann, (de Glasgow). 2º Le traitement général dans les maladies de l'oreille, par GELLE (de

Paris). 3º Le traitement général dans les otites internes, par GRADENIGO (de

Turin).

4º Changements pathologiques du labyrinthe, par A. Politzen (de Vienne). 5º Sur la physiologie de l'oreille moyenne, par С. Seccні (de Bologne). Jusqu'au 15 juin, inclusivement, on pourra envoyer les titres des communications. En dehors de celles-ci, on pourra faire aussi des présentations d'instruments et de préparations macroscopiques et mi-

Les contrères, désireux d'assister au Congrès sans faire de communications, sont priés de s'annoncer, afin que le Comité soit fixé à temps sur le nombre probable des visiteurs.

Les adhésions seront reçues jusqu'au 15 juin par le Président du Comité d'organisation ou le secrétaire trésorier.

Le programme détaillé du Congrès, sera expédié au commencement

de juillet à tous les adhérents.

La cotisation de 20 fr. donne droit au Compte rendu des travaux. Les langues officielles seront l'italien, le français, l'allemand et l'anglais Un autre idiome pourra être employé, à condition qu'il se trouve dans l'Assemblée un membre capable de résumer la communication dans une des langues officielles.

Les membres du Comité local sont : V. GRAZZI (Florence), président ; T. Bobone (San Remo), secretaire trésorier ; P. Avoledo (Milan); G. B. F. BRUNETTI (Venise); C. CORRADI (Vérone); V. Cozzo-LINO (Naples); E. DE ROSSI (Rome); G. GRADENIGO (Turin); G. Ma-SINI (Gênes) et C. SECCHI (Bologne).

Le Dr P. HEYMANN, de Berlin, nous prie de faire savoir à nos lecteurs qu'il dirige la publication d'un grand manuel de Laryngologie et Rhinologie (Handbuch der Laryngologie und Rhinologie) avec la

collaboration des confrères dont les noms suivent :

Dr Bergenorus (Riga); Prof. von Bergmann (Berlin); Dr E. Bloch (Fribourg en Brisgau); Prof. P. Bruns (Tubingue); Prof. O. Chiari (Vienne); Prof. J. Disse (Halle); Prof. W. Einthoven (Leyde); Prof. J. R. Ewald (Strasbourg); Prof. B. Fraenkell (Berlin); Dr E. Fraenkell (Hambourg); Prof. Gaule (Zurich); Dr Gerberg (Koenigsberg); Prof. Gerhardt (Berlin); Dr M. Hazek (Vienne); Dr Hansemann (Berlin); Dr Hormann (Cologne); Prof. Jurasz (Heidelberg); Dr R. Kayser (Breslau); Prof. Killian (Fribourg); Dr Klemperer (Stras-HATSHE (DIEGES ); Dr KRIKO (Stuttgart); Dr KRONENBERG (Solingen); Dr LANDGRAF (Berlin); Dr V. LANDG (Copenhague); Dr Michael (Hambourg); Prof. Mikulacz (Breslau); Dr Onodi (Budapest); Prof. PIENAZEK (Cracovie); Dr Rosenberg (Berlin); Dr M. Schaeffer (Brême); Prof. Scheck (Munich); Prof. Schiefferdecker (Bonn); Prof. Moritz Schmidt (Francfort); Prof. von Schrötter (Vienne); Dr Seifert (Wurzbourg); Prof.

SEMON (Londres); D' Spirss (Francfort); Prof. Störk (Vienne); Prof. Struding (Greifswald); D' R. Wagner (Halle); Prof. Zuckerkandl.

(Vienne)

Ce manuel doit résumer l'état actuel de nos connaissances en spécialité; chaque chapitre contiendra une bibliographie aussi complète que possible. Dans ce but, les confrères sont priés d'envoyer des tirages à part, où la liste de leurs travaux, au Dr. P. HEYMANN, W. Potsdamerstrasse, 131, à Berlin, qui les fera parvenir à ses collaborateurs.

Le Dr M. Bresgen nous informe qu'il s'est entendu avec la librairie K. Marhold, de Halle-st-S. pour la publication d'une encyclopédie médicale qui comprendra les affections du nez, de la bouche, de l'oreille et du cou, il s'est assuré le concours des Prof. K. Burkner (Goettingue); Dr T. S. Flatau (Berlin); Dr Hopmann (Cologne); Dr Kafemann (Kœnigsberg); IP R. Kayser (Breslau); Prof. Kirchner (Wurzbourg); Dr Krieg (Stuttgart); Dr V. Lange (Copenhague); Dr R. Meyer (Zurich); Dr L. Rethi (Vienne); Dr M. Schaeffer (Brème); Dr J Scheinmann (Berlin); Dr H. Schmaltz (Dresde); Dr L. Stacke (Erfurt); Prof. Strubing (Greifswald); Dr H. Suchanner (Zürich); Dr Walb (Bonn); Dr E. Winckler (Brème).

Les collaborateurs de cet ouvrage recevront de l'éditeur dix tirages

à part.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diatase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMÜRE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALLIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

Phosphatine Fallières. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 28 centigrammes de phosphate,

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent re mède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CREER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SOLUTION ET COMPRIMÉS BLANCARD. (Exalgine). Contre la douleur et principalement la dysphagie tuberculeuse.

(Voir la brochure du Dr Désiré),

## OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Edème laryngien et laryngite sous muqueuse. Étude historico-critique, par A. Kuttner (Broch. de 82 pages, avec une planche, lmpr. G. Reinier, Berlin, 1895).

Contribution à l'étude des calculs amygdaliens, par E. Roux. (Broch. de 58 pages, Imprimerie du Midi, Bordeaux, 1895).

De la bave infantile et du ronflement, par L. Coustoux. (Extrait de la Reoue mens. des mal. de l'enf. janvier 1895).

De l'ablation des amygdales avec l'anse électrothermique, par L. LICHTWITZ. (Broch. de 16 pages avec une planche dans le texte, G. Masson, éditeur, Paris, 1895).

Diphthérie. Traitement, par LENNOX BROWSE. (Med. press. and circular., 13 février 1895).

Note sur deux cas de papillômes multiples bénins de la muqueuse buccale. Leurs rapports avec les verrues communes des mains, par C. Rasce. (Extrait des Ann. de derm. et syphil., Paris, 1895).

Un cas de corps étranger (d'or) logé dans les ventricules du larynx, par A. W. de ROALDES. (Extrait du N. Y. Med. Journ., 27 octobre 1894).

Un cas d'odontôme folliculaire envahissant l'antre d'Highmore droit et obstruant la fosse nasale correspondante, par A. W. de Roaldes. (Extrait du N. Y. med. journ., 17 novembre 1894).

Le bromure d'éthyle comme anesthésique dans la pratique etc-laryngologique, par A. W. DE ROALDES. (New-Orléans, 1894).

Moteur dynamo électrique perfectionné, par A. W. DE Roalbis (New Orldens, 1894).

Un cas de néerose du labyrinthe suivie d'élimination spontanée de ce dernier et d'audition apparente, par R. Borny. (Extrait des Arch. intern. de rin. lar. y otol., janvier 1895).

Précis des maladies de l'oreille, par P. Garrault. (In-12 cartonné diamant, tranches rouges de 556 pages, avec 173 figures dans le tente, prix 8 fr. O. Doin, éditeur, Paris, 1895).

Un cas compliqué de sténese laryngée d'origine nerveuse, par E. Knaus. (Extrait de la Revue de thérap. med. ohir., 1895).

Traitement de certaines affections tonsillaires au moyen d'un nouvel amygdalotome, par A. Baown Kelly. (Extrait de The lancet, 7 juillet 1894).

Les suppurations de l'apophyse mastude et leur traitement, par A. Broca et F. Luber-Barson. (Prix Meynot, 1994), Paris, G.Steinheil, 1895, 1 vol. in-8 de 260 pages.

Le Gérant : G. Masson.

